

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES AU TRAUMA COMPLEXE LIÉ À LA  
MALTRAITANCE CHEZ L'ENFANT AGÉ ENTRE 6 ET 18 ANS : UNE SYNTHÈSE  
EXPLORATOIRE

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
MÉLISSA MERCIER

DÉCEMBRE 2020

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

**Direction de recherche :**

---

Tristan Milot, Ph.D

directeur de recherche

**Jury d'évaluation :**

---

Tristan Milot, Ph.D

directeur de recherche

---

Ève-Line Bussièrès, Ph.D

évaluatrice interne

---

Annie Devault, Ph.D

évaluatrice externe

## Sommaire

Le trauma complexe lié à la maltraitance chez l'enfant engendre de multiples répercussions développementales (affectives, relationnelles, comportementales, et autres) sévères et persistantes, surpassant la symptomatologie associée au trouble de stress post-traumatique (TSPT). Afin de répondre aux importants besoins de cette population extrêmement vulnérable, différents programmes d'intervention ont été développés spécifiquement dans le but de traiter le trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent. Ce projet doctoral vise à effectuer une synthèse exploratoire (en anglais «scoping review») concernant cinq programmes d'interventions spécifiques au trauma complexe lié à la maltraitance chez l'enfant âgé entre 6 et 18 ans. Il comporte trois objectifs de recherche, soit 1) évaluer leur efficacité à diminuer les nombreuses difficultés associées au trauma complexe, 2) effectuer une analyse critique des données empiriques disponibles afin de discuter du degré avec lequel le concept théorique du trauma complexe est bien représenté au sein des études retenues, et 3) évaluer, lorsque possible, l'effet de ces programmes d'intervention sur des variables complémentaires (ex: mesures de placement). Les modèles d'intervention sélectionnés dans cet essai sont le programme ARC, TARGET, RLH, SPARCS et ITCT. Un nombre total de 12 études scientifiques ont été recensées. Les résultats suggèrent que chaque programme d'intervention sélectionné démontre une certaine efficacité pour diminuer les symptômes traumatiques liés au TSPT, pour atténuer les multiples difficultés développementales exprimées sur le plan émotionnel, relationnel, cognitif, identitaire, comportemental et biologique, ainsi que pour améliorer la capacité de résilience des jeunes maltraités. Cependant, bien que les résultats quant à l'utilisation

de ces programmes d'intervention soient prometteurs, le soutien empirique quant à leur efficacité demeure somme toute limité. La grande majorité des études (75%) utilise une méthodologie de recherche basée sur l'observation en milieu naturel (évaluation en condition réelle) sans groupe contrôle ou comparatif, alors qu'une seule étude clinique randomisée a été réalisée. Par ailleurs, la synthèse exploratoire permet de constater que les études portent encore aujourd'hui une attention particulière aux symptômes classiques du TSPT, et qu'elles évaluent rarement l'effet des interventions sur l'ensemble des symptômes associés au trauma complexe. Outre les difficultés sur le plan de la régulation émotionnelle, les répercussions développementales liées au trauma complexe ont donc été évaluées dans une moindre mesure. Il est donc difficile d'obtenir un portrait clair et ajusté quant à la réelle efficacité de ces interventions auprès de l'enfant victime de maltraitance et d'en dégager les spécificités. D'autre part, peu d'études documentent l'effet de ces programmes d'intervention sur d'autres variables, qui sans constituer des symptômes du trauma complexe, peuvent tout de même s'avérer pertinentes (changement dans la qualité de la relation parent-enfant, mesures de placement, et autres). Enfin, des pistes de réflexion et des considérations futures sont aussi proposées.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	viii
Remerciements .....	ix
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	5
Maltraitance envers les enfants .....	6
Ampleur du phénomène .....	8
Domaines caractérisant l'expérience de maltraitance .....	9
Répercussions de la maltraitance vécue durant l'enfance .....	10
Traumatisme psychologique complexe .....	12
Maltraitance et trouble de stress post-traumatique .....	13
Maltraitance et trauma complexe .....	16
Définition et prévalence du trauma complexe .....	19
Rôles-clés de la neurobiologie du stress et de l'attachement .....	21
Neurobiologie .....	22
Attachement .....	23
Répercussions liées au trauma complexe .....	25
Dissociation et évitement .....	25
Problèmes relationnels et d'attachement .....	26
Identité et concept de soi .....	26
Somatisation et physiologie/biologie .....	27

Problèmes cognitifs et d'apprentissage .....	27
Régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie .....	28
Compréhension du monde .....	29
Comportements dysfonctionnels .....	29
Mentalisation .....	30
Modèles d'interventions spécifiques au trauma complexe .....	31
Une approche séquentielle pour le traitement des traumas chez l'enfant .....	31
Sécurité affective et stabilisation .....	32
Régulation affective et stratégies d'adaptation .....	33
Intégration du trauma complexe .....	34
Consolidation des acquis et résilience .....	34
L'approche cognitive comportementale axée sur le trauma .....	36
Questions de recherche .....	41
Méthode.....	43
Stratégie de recherche .....	44
Sélection des interventions.....	46
Sélection des études .....	49
Résultats .....	56
Constats généraux .....	62
Efficacité des programmes d'interventions spécifiques au trauma complexe .....	66
Résultats par domaine du trauma complexe .....	67
Symptômes TSPT .....	67

Dissociation et évitement.....	68
Problèmes relationnels et d'attachement .....	69
Identité et concept de soi .....	69
Somatisation et physiologie/biologie.....	70
Problèmes cognitifs et d'apprentissage .....	70
Régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie .....	71
Compréhension du monde .....	72
Comportements dysfonctionnels .....	73
Mentalisation .....	74
Variables complémentaires dans la compréhension du trauma complexe .....	74
Discussion .....	78
Réflexions générales sur les interventions spécifiques au trauma complexe.....	80
Qu'en est-il de l'efficacité des programmes d'interventions ciblés? .....	82
Représentation du concept théorique du trauma complexe sur le plan clinique .....	84
Variables complémentaires.....	90
Limites et forces de l'étude .....	92
Conclusion .....	93
Références .....	96
Appendice A. Thèmes de recherche .....	110
Appendice B. Fiche descriptive adaptée (NCTSN) .....	112
Appendice C. Grille d'analyse .....	114



## Liste des tableaux

### Tableau

1	Modèles d'interventions spécifiques au trauma complexe .....	48
2	Population, Intervention, Comparator, Outcomes, Timing, and Setting (PICOTS) .....	51
3	Caractéristiques des études incluses.....	59

## Remerciements

La réalisation de cet essai doctoral marque avec une grande joie la fin d'un beau et long parcours académique. Je tiens d'abord à exprimer ma reconnaissance envers mon directeur de recherche, Tristan Milot, qui m'a accompagnée tout au long de ce parcours enrichissant et empreint de nombreux défis personnels. Je te remercie pour le temps accordé, pour nos discussions, pour ta patience et ta compréhension, ainsi que pour m'avoir soutenue et encouragée dans les moments difficiles.

Un immense merci également à ma merveilleuse famille. Mes parents, Caroline et Joel, et mon frère Steven, sans votre présence et votre soutien inconditionnel, rien de tout cela n'aurait été possible. Vous êtes ma source de réconfort, et je vous remercie énormément pour vos précieux conseils (appliqués ou non!). Vous avez toujours continué de croire en moi, mieux que je ne sais le faire pour moi-même. Merci infiniment!

Merci à ma marraine Nancy pour m'avoir encouragée sans relâche et de façon colorée, à son image, tout au long de cette laborieuse rédaction. À mon amoureux, merci d'avoir traversé avec moi toute cette aventure dans les hauts, comme dans les bas. Merci de m'avoir poussée à me dépasser, à persévérer et à réaliser cet accomplissement.

Un merci tout spécial pour mes incroyables amies, Lorina, Danielle, Marie-Christine et Alexandra. Votre amitié est précieuse pour moi et je ne peux exprimer suffisamment la chance que j'ai de vous avoir dans ma vie. Merci de m'avoir soutenue et écoutée dans les

moments de doute, de découragement et d'angoisse. J'ai maintenant hâte de pouvoir célébrer ce doux moment avec vous.

## Introduction

La maltraitance constitue un traumatisme relationnel s'inscrivant généralement dans la relation d'attachement entre un enfant et l'adulte responsable et significatif pour lui. Ce contexte de vie extrêmement difficile et perturbant risque grandement d'affecter la trajectoire développementale de l'enfant de même que ses capacités d'adaptation, et ce, tout au long de sa vie (Cicchetti & Banny, 2014; Courtois & Ford, 2009; De Bellis, 2001). Dans le but de mieux comprendre et circonscrire les multiples répercussions développementales (affectives, relationnelles, cognitives, comportementales, et autres) observées chez l'enfant victime de maltraitance chronique, la notion de traumatisme psychologique complexe a été proposée par de nombreux experts (Cook et al., 2005). Par le fait même, cette proposition permet de pallier aux limites reconnues du diagnostic du trouble de stress post-traumatique (TSPT), généralement utilisé pour expliquer les traumatismes psychologiques, mais qui s'avère toutefois insuffisant pour rendre compte d'une symptomatologie distincte, sévère et complexe s'exprimant chez l'enfant exposé aux traumas interpersonnels répétés survenant dans une période critique de son développement (Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2009; D'Andrea et al., 2012; Milot, Collin-Vézina, & Godbout, 2018; van der Kolk, 2005).

Le concept du traumatisme psychologique complexe a suscité un vif intérêt scientifique et clinique. De nombreux travaux de recherche s'y intéressent afin de mieux comprendre, évaluer et intervenir auprès des enfants présentant des traumas complexes.

Cependant, bien que sa pertinence soit reconnue par bon nombre d'experts dans le domaine, le trauma complexe ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic reconnu (D'Andrea et al., 2012; Milot et al., 2018; van der Kolk et al., 2009). La complexité du portrait clinique représente aussi un défi important pour offrir une vision intégrée de l'ensemble des difficultés développementales observées. En ce sens, différentes propositions ont été faites afin de circonscrire les multiples sphères de fonctionnement de l'enfant perturbées par le trauma complexe (Cook et al., 2005; Ford, Spinazzola, van der Kolk, & Grasso, 2018; van der Kolk et al., 2009;).

Le présent travail s'intéressa plus particulièrement au domaine de l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant un profil de trauma complexe lié à l'expérience de la maltraitance chronique. Dans l'objectif d'adresser les besoins importants de cette population extrêmement vulnérable, différents programmes d'intervention ont été développés spécifiquement pour traiter le trauma complexe dans les dernières décennies. Cet essai a pour but d'explorer la documentation portant sur l'efficacité de certains programmes d'intervention destinés aux enfants et aux adolescents présentant un trauma complexe et d'en faire une analyse critique.

Cet essai doctoral comporte quatre sections principales. La première section a pour objectif de présenter un bilan des connaissances actuelles dans le domaine du trauma complexe et est subdivisée en trois parties: la maltraitance chez l'enfant, le traumatisme psychologique complexe, et les modèles d'interventions spécifiques au trauma complexe.

Les questions de recherche y sont également présentées. La seconde section présente une description détaillée de la méthodologie employée pour réaliser une synthèse exploratoire portant sur les programmes d'interventions spécifiques au trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent victime de maltraitance. Par la suite, une troisième section permet d'exposer les résultats obtenus en lien avec chacune des questions de recherche visées par cet essai. Enfin, la quatrième et dernière section a pour objectif d'effectuer une analyse critique des résultats, de présenter les forces et limites identifiées, ainsi que de discuter de pistes de réflexion et considérations futures à envisager.

## **Contexte théorique**



Dans cette section, un bilan des connaissances actuelles dans le domaine du trauma complexe est présenté selon trois thèmes principaux, soit le phénomène de la maltraitance envers les enfants, le concept du traumatisme psychologique complexe ainsi que les modèles d'interventions spécifiques au trauma complexe. Les objectifs de recherche de la présente synthèse exploratoire sont aussi présentés.

### **Maltraitance envers les enfants**

L'Organisation mondiale de la santé (2019) définit la maltraitance envers les enfants comme étant toute forme de violence et/ou de négligence à l'encontre d'une personne mineure (moins de 18 ans). La maltraitance inclut donc les différentes manifestations de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence, et d'exploitation commerciale ou autre, susceptibles d'entraîner un préjudice pour la santé, le développement, la dignité et la survie de l'enfant, et qui surviennent dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. L'exposition à la violence conjugale est également reconnue comme une forme de maltraitance psychologique (Gilbert et al., 2009; Organisation mondiale de la Santé, 2019; Trocmé et al., 2010).

La maltraitance se regroupe selon deux principales catégories, soit les actes de commission et les actes d'omission (Wekerle, Wolfe, Dunston, & Alldred, 2014). La négligence fait référence à l'absence de comportements parentaux nécessaires pour

assurer le bien-être de l'enfant, risquant ainsi de compromettre sa sécurité et son développement. Elle se traduit par l'incapacité du parent à répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant (physiques, affectifs, cognitifs, éducatifs et médicaux) ainsi que par l'incapacité de lui offrir une protection et une supervision adéquate (Gilbert et al., 2009; Organisation mondiale de la santé, 2006; Wekerle et al., 2014).

La seconde catégorie réfère plutôt à l'adoption de comportements parentaux abusifs menaçant l'intégrité physique et/ou psychologique de l'enfant. On y inclut l'abus physique, l'abus sexuel ainsi que la maltraitance psychologique. D'abord, l'abus physique est défini comme un geste intentionnel commis par le parent et ayant le potentiel d'entraîner des blessures corporelles à l'enfant, comme par exemple le frapper, le brûler ou l'étrangler (Cicchetti & Banny, 2014; Gilbert et al., 2009; Organisation mondiale de la santé, 2006). L'abus sexuel représente l'implication d'un enfant dans toute forme d'activité sexuelle, qu'elle soit directe (ex : attouchement, relation sexuelle) ou indirecte (ex : prostitution juvénile), qu'il n'est pas en mesure de comprendre et pour laquelle il ne peut consentir. Le geste à caractère sexuel est généralement posé dans le but de satisfaire les besoins sexuels et/ou financiers de l'abuseur (Cicchetti & Banny, 2014; Organisation mondiale de la santé, 2006; Wekerle et al., 2014). La maltraitance psychologique désigne la présence de comportements parentaux insensibles qui entravent la réponse aux besoins affectifs de l'enfant tels que le dénigrement, l'hostilité ou encore le rejet affectif (Gilbert et al. 2009; Organisation mondiale de la santé, 2006; Wekerle et al., 2014).

## **Ampleur du phénomène**

La maltraitance envers les enfants est une problématique mondiale sérieuse et préoccupante (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, 2018; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, & Van IJzendoorn, 2015). Son taux de prévalence s'avère toutefois difficile à établir puisque la définition de la maltraitance est grandement variable, par exemple selon le domaine scientifique, l'origine culturelle ou encore selon la provenance et la nature des données statistiques analysées (Cicchetti & Banny, 2014; Wekerle et al., 2014). Néanmoins, la synthèse d'une série d'études méta-analytiques réalisée par Stoltenborgh et ses collaborateurs (2015) a démontré que l'estimation de la maltraitance est largement similaire à l'échelle internationale, soit une prévalence d'environ 4 pour 1000 enfants en ce qui concerne l'abus sexuel et de 3 pour 1000 enfants pour l'abus physique et la maltraitance psychologique.

Dans une portée nord-américaine, les données épidémiologiques recueillies aux États-Unis pendant l'année 2017 révèlent qu'environ 3,5 millions d'enfants victimes de mauvais traitements reçoivent des services de protection de l'enfance (U.S Department of Health and Human Services, 2017). Toutefois, l'étude d'incidence nationale menée par Sedlak et ses collègues (2010) met en lumière la probabilité que les enquêtes statistiques officielles sous-estiment le taux de prévalence réel de la maltraitance. À l'échelle canadienne, une recherche portant sur l'incidence des signalements en situation d'abus et de négligence envers les enfants a démontré que 36% des enquêtes effectuées par les services provinciaux de protection de l'enfance, à l'exception du Québec, ont conclu à la présence

de maltraitance. Précisément, il s'agit d'un nombre de 85 440 enquêtes retenues sur un total de 235 842 (Trocme et al., 2010).

Dans la province québécoise, le bilan rédigé par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) a révélé que 38 945 signalements ont été retenus pour un motif relié à la maltraitance sur un ensemble de 96 014 signalements traités (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2018). Conséquemment, on dénote que la situation d'environ 35 000 enfants a été prise en charge par les services de protection de l'enfance durant l'année 2017-2018. Par ailleurs, les données québécoises permettent de constater une hausse significative dans la rétention des signalements, soit près de 12% depuis l'année 2015-2016.

### **Domaines caractérisant l'expérience de maltraitance**

Considérant la grande complexité des expériences de maltraitance vécue durant l'enfance, de nombreuses études se sont penchées sur divers aspects spécifiques de la maltraitance afin de mieux la caractériser ainsi que dans le but de mieux comprendre son impact sur le développement de l'enfant (Cicchetti & Banny, 2014; Manly, 2005). Tout d'abord, la période développementale dans laquelle survient les mauvais traitements joue un rôle important sur les difficultés subséquentes exprimées par la victime. En effet, dans le domaine de la psychopathologie développementale, il est généralement admis que plus l'enfant est jeune au moment des événements, plus les conséquences risquent d'être

sévères et persistantes (Cicchetti & Banny, 2014; Éthier & Milot, 2009; Kaplow & Widom, 2007).

La nature des comportements maltraitants (négligence, abus physique, abus sexuel, mauvais traitements psychologiques) est également une caractéristique grandement étudiée pour comprendre les conséquences engendrées par la maltraitance vécue durant l'enfance. De plus, force est de constater que la majorité des situations de maltraitance implique généralement plus d'un type de maltraitance (Gilbert et al., 2009; Trocmé et al., 2010), ce qui complexifie la recherche visant à distinguer l'apport unique de chaque forme pour comprendre les difficultés développementales de l'enfant qui en est victime, et ce qui représente un défi important pour adapter l'intervention auprès de ces familles vulnérables (Cicchetti & Banny, 2014). La sévérité de l'expérience de maltraitance, de même que la chronicité, constituent aussi des caractéristiques pouvant amplifier les impacts vécus par l'enfant maltraité et augmenter la probabilité que son développement soit perturbé de façon persistante dans le temps (English et al., 2005; Éthier & Milot, 2009; Jaffee & Maikovich-Fong, 2011).

### **Répercussions de la maltraitance vécue durant l'enfance**

Les répercussions négatives engendrées par la maltraitance touchent une multitude de sphères développementales, soit affective, relationnelle, cognitive, psychologique, comportementale et biologique, traduisant ainsi la dynamique complexe de ce phénomène (Cook et al., 2005; Ford et al., 2018; Jaffee, 2017; Wekerle et al., 2014). Par exemple, les

enfants victimes de maltraitance durant l'enfance présentent un risque élevé de développer une problématique de santé mentale ou encore un trouble de la personnalité (Cicchetti & Banny, 2014; Courtois & Ford, 2009; Jaffee, 2017) et présentent aussi un risque important de répéter les comportements maltraitants par le biais de la transmission générationnelle de la maltraitance, lorsqu'ils actualiseront à leur tour un rôle parental (Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2005; Éthier & Milot, 2009; Thornberry & Henry, 2013).

Les études démontrent que les enfants maltraités sont davantage susceptibles de présenter des troubles de comportements externalisés, comme par exemple les crises de colère et l'opposition, et/ou des troubles de comportements internalisés, tels que des affects dépressifs et anxieux (Kim & Cicchetti, 2010; Moylan, Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl, & Russo, 2010; Wekerle et al., 2014). Également, ils sont davantage susceptibles d'adopter des comportements délinquants (Jaffee, 2017; Manly, Kim, Rogosch, & Cicchetti, 2001; Moylan et al., 2010) ou des comportements autodestructeurs (Yates, Carlson, & Egeland, 2008), ou encore de présenter des symptômes de dissociation (Hulette, Freyd, & Fischer, 2011; Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001) ainsi que d'importantes difficultés de mentalisation (Berthelot, Ensink, & Normandin, 2013; Fonagy & Bateman, 2016). La recherche révèle aussi une association entre la maltraitance et l'émergence d'une multitude de problèmes de santé physique tels que l'obésité, le diabète, les maladies respiratoires, l'adoption de comportements sexuels à risque ou encore la présence de douleurs chroniques (Gilbert et al., 2009; Norman, Byambaa, Butchart, Scott & Vos, 2012; Widom, Czaja, Bentley, & Johnson, 2012).

### **Traumatisme psychologique complexe**

La maltraitance est sans aucun doute l'un des contextes de vie le plus difficile dans lequel peut évoluer un enfant. Elle est reconnue comme un stress sévère et chronique s'inscrivant quotidiennement dans la relation d'attachement entre un enfant et son principal donneur de soins (De Bellis, 2001; 2005). Elle peut aussi être considérée comme un mode relationnel dysfonctionnel et potentiellement traumatisant pour l'enfant (Cicchetti & Banny, 2014; Cook et al., 2005). De nombreuses recherches ont pu observer que la maltraitance perturbe significativement le développement de l'enfant victime, de même que son adaptation psychologique, et ce, tout au long de sa vie (Cicchetti & Banny, 2014; Courtois & Ford, 2009; Manly et al., 2001).

Dans le but de mieux circonscrire la dynamique complexe de cette problématique, la notion de traumatisme psychologique complexe a été proposée par de nombreux experts (Cook et al., 2005), décrivant l'ensemble des domaines de fonctionnement perturbés chez l'enfant présentant un trauma complexe. Cette proposition fait écho aux limites reconnues par plusieurs chercheurs et cliniciens quant au diagnostic du trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Herman, 1992; Milot et al., 2018; van der Kolk, 2005; van der Kolk et al., 2009). Bien que ce diagnostic soit généralement celui que l'on utilise pour expliquer les traumatismes psychologiques, il ne permet toutefois pas de rendre compte d'une symptomatologie distincte observée chez les enfants victimes de traumas interpersonnels répétés durant leur enfance.

### **Maltraitance et trouble de stress post-traumatique**

Le trouble de stress post-traumatique est un trouble psychologique survenant à la suite d'un événement traumatique généralement isolé et imprévisible, par exemple une catastrophe naturelle, un attentat terroriste ou encore un grave accident. Il comprend un ensemble de symptômes cliniques, dont la triade classique désignant la reviviscence (pensées intrusives ou cauchemars liés au trauma), l'évitement (efforts effrénés afin de se soustraire aux pensées, émotions ou autres stimuli associés à l'événement traumatique) ainsi que l'hypervigilance (sursauts exagérés, difficultés à reconnaître les signes de danger, état d'alerte persistant) (American Psychiatric Association, 2000).

De nombreux travaux ont permis de documenter les liens empiriques entre la maltraitance vécue durant l'enfance et le potentiel de développer un trouble de stress post-traumatique (Hulette, et al., 2008; Kearney, Wechsler, Kaur, & Lemos-Miller, 2010; Kolko et al., 2010; Milot, St-Laurent, Éthier, & Provost, 2010). Entre autres, dans l'étude nationale américaine réalisée par Kolko et ses collaborateurs (2010), comprenant un échantillon de 1 848 enfants âgés entre 8 et 14 ans, sous enquête en protection de la jeunesse, il est estimé que 12% présentaient un niveau élevé et cliniquement significatif de symptômes traumatiques. Cette prévalence est d'autant plus importante lorsque l'enfant est en situation de placement, soit près de 20%.

La recherche scientifique a également mis en lumière le rôle médiateur des symptômes de stress post-traumatique pour expliquer l'association entre la maltraitance



et certaines difficultés manifestés chez l'enfant. En effet, l'étude menée par Milot et ses collègues (2010) a démontré que les comportements problématiques intériorisés et extériorisés observés chez de jeunes enfants négligés d'âge préscolaire étaient significativement plus élevés que dans le groupe comparatif d'enfants n'ayant pas vécu de la maltraitance, et que cet effet était attribuable à la sévérité des symptômes traumatiques. D'autres études ont également documenté que l'histoire de maltraitance vécue durant l'enfance est reliée à l'augmentation du risque de développer un trouble de stress post-traumatique chez l'adulte confronté à une nouvelle situation potentiellement traumatisante, comme par exemple lors de violence conjugale (Breslau et al., 2014).

Toutefois, plusieurs experts soutiennent que le diagnostic du trouble de stress post-traumatique est insuffisant pour tenir compte de la constellation complexe des symptômes présentés chez les enfants victimes de traumatismes multiples, chroniques, et de nature interpersonnelle (Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2009; Ford et al., 2018; van der Kolk et al., 2009). Effectivement, il est constaté que plusieurs enfants maltraités ne répondent pas aux critères diagnostiques de ce trouble psychologique. Par exemple, dans un échantillon clinique du National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), une référence internationale dans la compréhension du traumatisme psychologique chez l'enfant, seulement 22% des enfants rencontraient les critères nécessaires pour apposer le diagnostic de TSPT, et ce malgré un niveau d'exposition traumatique particulièrement élevé (plus de quatre traumatismes) et la présence hautement significative de symptômes cliniques (Greeson et al., 2011). Il est plutôt observé qu'une grande majorité des enfants

maltraités reçoivent de multiples diagnostics comorbides pour tenter de représenter une symptomatologie complexe. Dans certaines situations, il est même observé que ces jeunes victimes ne reçoivent tout simplement aucun diagnostic malgré la présence d'un tableau clinique pourtant sévère et diversifié (D'andrea et al., 2012; van der Kolk, et al., 2009).

Ces différents constats permettent de soulever des questionnements quant à l'efficacité du système diagnostique actuel pour comprendre l'altération souvent persistante et chronique du fonctionnement global et adaptatif de l'enfant victime de traumatismes relationnels répétitifs. Conséquemment, il devient aussi difficile de bien évaluer les enfants traumatisés et développer des programmes d'interventions adaptés à leur réalité unique et complexe.

D'autres critiques sont également émises et débattues dans la documentation scientifique en regard des limites du TSPT. Effectivement, certains auteurs considèrent que la définition proposée par l'American Psychiatric Association (APA) de ce qui constitue une situation traumatique est beaucoup trop restreinte, en ce sens qu'elle inclut principalement les événements impliquant une menace sérieuse à l'intégrité physique d'un individu. Ainsi, elle s'avère moins sensible aux situations traumatiques menaçant l'intégrité psychologique de la personne, comme il est question dans un contexte de maltraitance durant l'enfance ou toute forme de violence interpersonnelle (Milot et al., 2018). De plus, le fait que le diagnostic du TSPT ne permet pas de considérer l'exposition multiple à des expériences traumatiques durant l'enfance est questionnant. Présentement,

il est nécessaire d'identifier un événement traumatique spécifique afin d'établir la présence de ce trouble psychologique. Cela est toutefois peu cohérent si l'on considère que bon nombre d'enfants sont exposés à plusieurs formes de mauvais traitements (Gilbert et al., 2009; Greeson et al., 2011; Trocmé et al., 2010), et que les études démontrent sans équivoque que l'accumulation de traumatismes psychologiques est associée à davantage de difficultés, donc un dysfonctionnement plus sévère et complexe (Cloitre et al., 2009; D'Andrea et al., 2012; Greeson et al. 2011; Hodges et al., 2013; van der Kolk, et al., 2009).

### **Maltraitance et trauma complexe**

De manière générale, la documentation sur le traumatisme psychologique complexe reconnaît une définition plus large de ce qui peut constituer un événement ou une situation traumatique, s'appuyant notamment sur une perspective développementale du trauma psychologique. La maltraitance affecte profondément le développement de l'enfant, impliquant des perturbations importantes et fondamentales dans la construction de sa personnalité ainsi que dans sa capacité à faire confiance et entrer en relation avec les autres (Cook et al., 2005, Courtois & Ford, 2009, van der Kolk et al., 2009). Les répercussions développementales du trauma complexe seraient d'autant plus délétères du fait que l'expérience de la maltraitance s'inscrit souvent dans une relation significative pour l'enfant, soit avec l'adulte qui en est responsable.

Le concept du traumatisme psychologique complexe a suscité un intérêt scientifique et clinique marqué. De nombreux travaux de recherche ont été menés, et se poursuivent,

afin de mieux comprendre, évaluer et intervenir auprès des enfants présentant des traumas complexes. D'abord, il importe de souligner qu'en réponse aux limites du TSPT décrites ci-dessus, plusieurs auteurs ont collaboré dans l'objectif de formuler une nouvelle proposition diagnostique plus appropriée aux situations traumatiques et aux difficultés multiples vécues par les enfants victimes de maltraitance.

En vue de la parution du DSM-5 (APA, 2013), van der Kolk et ses collaborateurs (2009) ont ainsi proposé le «Developmental trauma disorder» (DTD). Cette proposition diagnostique comporte cinq principaux critères diagnostiques : 1) une exposition durant l'enfance à des traumas interpersonnels multiples et/ou prolongés, impliquant également une perturbation dans la relation d'attachement entre l'enfant et son principal donneur de soins; 2) une altération dans le développement des capacités de régulation affective et physiologique; 3) des altérations dans la régulation attentionnelle et comportementale; 4) des altérations dans la construction identitaire et dans le développement des capacités relationnelles; ainsi que 5) la présence de symptômes traumatiques associés au TSPT. Cette conceptualisation permet de témoigner d'une perspective développementale du trauma, en ce sens qu'elle reconnaît que la multiplicité des difficultés présentées par les enfants maltraités résulte d'une trajectoire traumatique de leur développement, et que ces difficultés se distinguent et vont bien au-delà du diagnostic usuel du TSPT (D'Andrea et al., 2012; Kisiel et al., 2014; Milot et al., 2018; van der Kolk et al., 2009).

Cette proposition du DTD a suscité de nombreuses discussions au sein de la communauté scientifique. Malgré l'accumulation des preuves scientifiques et cliniques entourant le concept du traumatisme psychologique complexe, l'APA a toutefois jugé que les appuis empiriques étaient actuellement insuffisants pour retenir le diagnostic et l'intégrer dans sa dernière et cinquième édition du DSM (APA, 2013).

Néanmoins, le débat concernant sa pertinence demeure fondamental et actuel dans la littérature scientifique (D'andrea et al., 2012; Ford et al., 2018; Milot et al., 2018). Il importe de souligner que des changements importants ont tout de même été apportés concernant la catégorisation des troubles mentaux, tenant ainsi compte des avancées scientifiques et cliniques dans le domaine du trauma. Auparavant, le TSPT était libellé comme appartenant aux troubles anxieux (APA, 2000). Il réfère maintenant à une catégorie bien distincte, soit celle des « troubles liés aux traumatismes et au stress ». La symptomatologie classique (intrusion, évitement et hypervigilance) s'est également vue bonifiée par l'ajout d'un quatrième critère, celui des altérations négatives persistantes dans les cognitions et les émotions (par exemple le blâme envers soi).

De plus, il est possible de préciser si des symptômes de dissociation tels que la dépersonnalisation ou encore la déréalisation caractérisent l'expérience traumatique. Une catégorie « préscolaire » est également introduite, reflétant par ce fait la plus grande vulnérabilité des jeunes enfants (6 ans et moins) aux événements traumatiques (APA, 2013). Le sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur associé au trauma n'est

plus nécessaire pour émettre le diagnostic, tel que requis dans la version précédente du DSM. Enfin, en réponse à la critique selon laquelle la définition de ce qui constitue un événement traumatique est trop restreinte, le DSM-5 complète les critères diagnostiques en intégrant l'exposition à des traumatismes indirects. On peut donc observer que la nouvelle classification du DSM-5 offre globalement une compréhension plus ajustée en regard des traumatismes chez l'enfant, comme ceux découlant des situations de maltraitance chronique (APA, 2013).

### **Définition et prévalence du trauma complexe**

Le concept du traumatisme psychologique complexe témoigne de deux composantes, soit celle de 1) l'exposition à des événements traumatiques particulièrement stressants et envahissants, comme la maltraitance chronique, ainsi que 2) les manifestations traumatiques multiples et persistantes qui en découlent (Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2009; Kliethermes, Schacht, & Drewry, 2014; Milot et al., 2018).

De nombreuses études ont documenté l'ampleur des difficultés vécues par les enfants victimes de maltraitance chronique durant leur enfance. Dans une étude nationale effectuée par Finkelhor, Ormrod, & Turner (2007) auprès d'un échantillon représentatif de 2 030 enfants âgés entre 2 et 17 ans, il est démontré que 86% des victimes d'abus sexuel, ainsi que 77% des victimes d'abus physique, ont expérimenté quatre formes de victimisation ou plus dans la dernière année. Au Québec, une autre étude effectuée auprès de 53 adolescents en situation de placement, âgés entre 14 et 17 ans, révèle que plus de la

moitié (51%) ont vécu quatre ou cinq formes de maltraitance (Collin-Vézina, Coleman, Milne, Sell, & Daigneault, 2011). Il est généralement reconnu que les jeunes suivis en protection de la jeunesse sont une population hautement vulnérable et présentent des taux particulièrement élevés d'exposition à diverses situations traumatiques. La recherche menée par Greeson et ses collaborateurs (2011) auprès d'un échantillon clinique de 2 251 jeunes âgés de moins de 21 ans placés en famille d'accueil est aussi éloquent. Il s'avère que 70% d'entre eux ont subi un minimum de deux formes de traumatismes interpersonnels répétitifs ayant été perpétrés par leur parent (abus sexuel, abus physique, abus émotionnel, négligence ou exposition à la violence conjugale), tandis que 12% de ces jeunes ont rapporté avoir vécu les cinq formes de maltraitance à l'étude.

Une autre étude, réalisée par Kisiel et ses collègues (2014), a permis d'analyser les données cumulées auprès d'un vaste échantillon en protection de la jeunesse, soit 16 212 enfants, à la lumière de la proposition diagnostique du «Developmental Trauma Disorder». Les résultats démontrent que près de 2 200 enfants ont été exposés à une combinaison d'un trauma relationnel violent (par exemple, l'abus physique) et d'un trauma relationnel non-violent (par exemple, la négligence sévère) au sein de la relation avec la principale figure d'attachement. Cette combinaison est associée à des niveaux significativement plus élevés de difficultés et besoins dans tous les domaines développementaux proposés par le DTD, soit la dysrégulation affective et physiologique, la dysrégulation attentionnelle et comportementale, la dysrégulation relationnelle et identitaire ainsi que la présence de symptômes traumatiques associés au TSPT. Ces

enfants démontrent un risque neuf fois plus important de présenter des symptômes cliniques sévères, en comparaison aux autres groupes d'enfants traumatisés (Kisiel et al., 2014).

D'autres résultats sont également pertinents à souligner en lien avec les conséquences négatives et multiples du trauma complexe. En effet, certaines études documentent l'association entre les manifestations traumatiques de l'enfant et la présence de comorbidités diagnostiques multiples, un risque élevé d'hospitalisation psychiatrique, une plus grande utilisation des services, des problèmes importants avec la fréquentation et la réussite scolaire, la présence de démêlés avec la justice, ainsi qu'un risque important de vivre de multiples placements durant l'enfance (Ford, Elhai, Connor, & Frueh, 2010; Greeson et al., 2011; Kisiel, Fehrenbach, Small, & Lyons, 2009; Kisiel et al., 2014;). Cela vient donc appuyer le constat empirique selon lequel l'exposition aux traumas relationnels répétés durant l'enfance résulte en une constellation clinique complexe et sévère se répercutant sur l'ensemble du fonctionnement de la victime.

### **Rôles-clés de la neurobiologie du stress et de l'attachement**

La neurobiologie du stress et l'attachement sont des facteurs importants jouant un rôle-clé dans la compréhension du trauma complexe. Les prochains paragraphes abordent chaque facteur afin d'apporter un éclairage complémentaire et expliquer les mécanismes sous-jacents aux difficultés développementales engendrées par les mauvais traitements vécus durant l'enfance.



**Neurobiologie.** De nombreuses recherches démontrent que l'exposition au stress traumatique, comme dans la maltraitance chronique, résulte en des conséquences négatives sur le fonctionnement cérébral de même que l'anatomie du cerveau (Bernard, Lind, & Dozier, 2014; De Bellis, 2001, 2005; Lupien, McEwen, Gunnar, & Heim, 2009; Pearson & Collin-Vézina, 2018). Soulignons les travaux portant sur le dérèglement neuroendocrinien du système biologique de la réponse au stress, où une suractivation de ce système peut altérer de manière significative la maturation et l'organisation neuronale lors du développement du cerveau (Lupien et al., 2009). Ou encore, les travaux portant sur l'identification des structures cérébrales particulièrement sensibles aux effets du stress chronique (par exemple l'amygdale), où l'on remarque généralement une atrophie cérébrale et où chaque structure présente une période de vulnérabilité pour son développement (Bernard et al., 2014; Lupien et al., 2009; Pearson & Collin-Vézina, 2018).

Selon De Bellis (2001, 2005), la maltraitance subie durant l'enfance est beaucoup plus préjudiciable que le traumatisme vécu à l'âge adulte considérant son potentiel de compromettre l'ensemble de la trajectoire développementale de l'enfant. L'activation répétée de la réponse au stress est associée à des répercussions neurobiologiques persistantes qui influenceraient le fonctionnement psychologique et adaptatif ultérieur de l'enfant, et ce, même lorsque la situation de maltraitance est résorbée (Bernard et al., 2014; De Bellis, 2001; Pearson & Collin-Vézina, 2018). De plus, le dysfonctionnement du système neurobiologique lié au trauma complexe entraîne une hypersensibilité au stress, rendant l'enfant maltraité davantage susceptible de manifester des symptômes du trouble

de stress post-traumatique (hypervigilance, reviviscence, évitement) (De Bellis, 2001, 2005; Lupien et al., 2009; Wekerle et al., 2014).

Bien que la réponse traumatique soit adaptative et s'exprime en réponse à un environnement toxique et traumatisant, il s'agit d'un mode de fonctionnement plutôt nuisible pour le développement optimal de l'enfant puisque ce dernier se retrouve beaucoup moins disponible aux apprentissages développementaux et qu'il ne peut ainsi exprimer son plein potentiel (Courtois & Ford, 2013; De Bellis, 2001; Kliethermes et al., 2014; Lupien et al., 2009; Wekerle et al., 2014).

**Attachement.** La théorie de l'attachement postule que durant sa première année de vie, l'enfant entretient avec son parent (ou sa principale figure de soins) une relation privilégiée qui lui permet de construire ses premières représentations psychologiques internes de soi et des autres. Par conséquent, la qualité de la relation d'attachement teintera le développement de sa personnalité ainsi que le mode relationnel qu'il adoptera par la suite avec les autres (Bowlby, 1988). Cette relation permet aussi de poser les fondations sur lesquelles l'enfant acquiert ses compétences développementales, comme par exemple la communication, le sentiment de compétence et de valeur personnelle, les comportements prosociaux ou encore les habiletés cognitives (Courtois & Ford, 2013).

Habituellement, lorsqu'un enfant vit une détresse psychologique, il se réfère à sa figure d'attachement comme base de sécurité pour réguler son état émotionnel. Toutefois,

lorsque l'adulte responsable exprime lui-même une détresse psychologique et une difficulté à gérer adéquatement ses émotions, ou encore qu'il se montre terrifiant et/ou imprévisible dans ses réponses aux besoins de l'enfant, il n'offre pas un environnement sécurisant, et favorisant l'apprentissage de la régulation affective et comportementale. À un certain égard, la figure d'attachement constitue même une menace sérieuse à la survie de l'enfant, et devient donc une source de stress constante, voire traumatisante (Bureau, Deneault, Yurkowski & Lyons-Ruth, 2018; Courtois & Ford, 2013; Wekerle et al., 2014).

Dans le domaine de l'attachement, il est reconnu que les comportements maltraitants du parent, qu'ils se manifestent sous forme d'abus et/ou de négligence, mènent à des perturbations sévères dans le système d'attachement de l'enfant (Bureau et al., 2018; Cook et al., 2005; Hesse & Main, 2006). Dans une méta-analyse réalisée par Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg et Van Ijzendoorn (2010), il est rapporté que les enfants victimes de maltraitance sont davantage à risque de développer un lien d'attachement insécurisant, particulièrement de type désorganisé. La prévalence est estimée entre 80 et 90%, parfois plus dans certaines études répertoriées. La maltraitance chronique constitue un contexte relationnel extrêmement anxiogène. L'attachement insécurisant-désorganisé est d'ailleurs associé à la présence d'un taux élevé de cortisol (hormone du stress) chez les enfants maltraités (Bureau et al., 2018; Courtois & Ford, 2013; Kliethermes et al., 2014). En somme, les experts scientifiques suggèrent donc que l'interaction entre l'attachement désorganisé et les réactions traumatiques au stress cause un état de dysrégulation

chronique chez l'enfant menant ainsi au développement du trauma complexe et des répercussions négatives et persistantes qui y sont associées.

### **Répercussions liées au trauma complexe**

Le trauma complexe réfère à une constellation de difficultés cliniques sévères, diversifiées et persistantes, affectant de ce fait l'ensemble du fonctionnement de l'enfant. Dans les dernières années, plusieurs auteurs ont proposé des modèles visant à circonscrire les multiples domaines de répercussions du trauma complexe (Cook et al., 2005; Ford et al., 2018; van der Kolk et al., 2009). Par exemple, le modèle pionnier proposé par Cook et ses collaborateurs (2005) permet de décrire et catégoriser les conséquences du trauma complexe en identifiant sept domaines du développement de l'enfant pouvant être affectés chez les victimes de maltraitance chronique. Dans cet essai, nous présenterons les catégories de répercussions identifiées par Godbout, Girard, Milot, Collin-Vézina et Hébert (2018). Ces auteurs retiennent neuf catégories de répercussions: la dissociation et l'évitement, les problèmes relationnels et d'attachement, l'identité et le concept de soi, la somatisation et la physiologie/biologie, les problèmes cognitifs et d'apprentissage, la régulation émotionnelle, la dysphorie et l'alexithymie, la compréhension du monde, les comportements dysfonctionnels, ainsi que la mentalisation.

**Dissociation et évitement.** La dissociation est une perturbation dans l'intégration subjective et affective de l'expérience traumatique réelle, pouvant se manifester sous différentes formes telles que la dépersonnalisation ou l'amnésie (Cook et al., 2005). Il

s'agit d'une réaction normale face à un événement envahissant émotionnellement puisque cela permet de se protéger en se séparant psychologiquement de la situation. Toutefois, le trauma complexe augmente le risque de surutiliser ce mécanisme de défense afin de se couper de ses émotions difficiles en lien avec la maltraitance vécue (Hulette et al., 2011; Macfie et al., 2001). Bien qu'adaptatif, cela engendre de nombreux déficits dans le fonctionnement global de l'enfant (dysrégulation affective et biologique, altération de la conscience et des fonctions exécutives, comportements réactifs inconscients) (Cook et al., 2005).

**Problèmes relationnels et d'attachement.** Le trauma complexe perturbe grandement le système d'attachement de l'enfant engendrant ainsi des déficits relationnels importants (Cook et al., 2005). Cela peut se manifester par un manque de confiance fondamentale envers les autres, une difficulté à demander de l'aide en situation de détresse personnelle, des comportements ambivalents avec les figures d'attachement (recherche de proximité/attitude rejetante) ou encore par un faible sentiment d'efficacité sociale (Cook et al., 2005; Godbout et al., 2018; Kliethermes et al., 2014). L'enfant victime de maltraitance chronique entretient des relations interpersonnelles pauvres et/ou conflictuelles et les déficits relationnels l'expose davantage à vivre de nouvelles situations de victimisation.

**Identité et concept de soi.** La construction identitaire s'effectue sur la base des premières relations d'attachement. Dans un contexte de maltraitance, l'enfant évolue dans

un environnement malsain où il intègre une perception de soi comme étant impuissant, mauvais et indigne d'être aimé (Cook et al., 2005). Il peut même se sentir responsable des comportements maltraitants de son parent, et en éprouver de la culpabilité et/ou de la honte (Cook et al., 2005; Kliethermes et al., 2014; Wekerle et al., 2014). Le trauma complexe rend aussi l'enfant très peu disponible pour apprendre à se connaître et construire sa propre identité, ses ressources personnelles étant sollicitées dans le but d'assurer sa survie. Par ailleurs, le développement identitaire nécessite d'explorer son monde intérieur, ce que l'enfant maltraité tend à éviter puisque cela est beaucoup trop douloureux (Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2013; Godbout et al., 2018).

**Somatisation et physiologie/biologie.** Comme détaillé préalablement, le trauma complexe entraîne des conséquences importantes dans le développement du cerveau de l'enfant, particulièrement en lien avec le système biologique de la réponse au stress et la régulation émotionnelle (Courtois & Ford, 2013; De Bellis, 2001). Les perturbations neurobiologiques semblent être à la base d'une accumulation de déficits développementaux, dont l'intégrité biologique (c'est-à-dire la conscience de soi et de son propre corps). Les écrits scientifiques documentent également la présence de troubles somatiques chez les enfants maltraités, de même que des problèmes de santé physique sérieux (Cook et al., 2005; Godbout et al., 2018; Kliethermes et al., 2014).

**Problèmes cognitifs et d'apprentissage.** De nombreuses études documentent les déficits cognitifs chez les victimes de maltraitance, entre autres en lien avec la perturbation

des fonctions exécutives telles que l'attention soutenue, la mémoire de travail, la flexibilité cognitive, l'organisation et la planification, ou encore les capacités de résolution de problèmes (Godbout et al., 2018; Wekerle et al., 2014). Le trauma complexe peut aussi affecter le fonctionnement intellectuel apportant des difficultés dans les processus d'apprentissage et la performance académique de l'enfant. En ce sens, les travaux observent des retards dans le développement du langage, l'utilisation plus fréquente de services éducatifs spécialisés ou même un taux de décrochage scolaire plus important (Cook et al., 2005; Wekerle et al., 2014).

**Régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie.** La régulation émotionnelle réfère à la capacité d'une personne à moduler/contrôler adéquatement l'intensité et l'expression de ses émotions et impulsions (Kim & Cicchetti, 2010). Dans un contexte de trauma complexe, l'enfant est exposé à des situations qui l'amènent à vivre des émotions négatives et intenses surpassant bien souvent sa réelle capacité d'adaptation. L'humeur est fréquemment décrite comme instable et dysphorique, pouvant brusquement alterner d'un état affectif extrême à un autre (par exemple, dissociation/explosion de colère) (Kliethermes et al., 2014; Wekerle et al., 2014). Outre une régulation émotionnelle déficitaire, l'alexithymie est une condition nouvellement étudiée par les chercheurs. Cela réfère à une difficulté fondamentale à identifier et distinguer ses propres émotions ou celles des autres, ainsi qu'à exprimer adéquatement ses états internes. Il s'agirait d'une variable importante dans l'étude de l'association entre le vécu traumatique durant

l'enfance et les conséquences subséquentes, dont la psychopathologie et la détresse psychologique (Godbout et al., 2018).

**Compréhension du monde.** L'enfant qui évolue dans un contexte de maltraitance chronique développe une représentation du monde qui l'entoure comme étant terrifiant et imprévisible. Il apprend que les autres sont indignes de confiance et susceptibles de lui faire du mal et/ou de le trahir. De façon générale, il peut avoir tendance à appréhender le pire dans la vie et prêter des intentions malveillantes aux autres (Courtois & Ford, 2009). L'enfant maltraité vit une grande impuissance face à sa situation, pouvant l'amener à ressentir du désespoir face à l'avenir, ou même se méfier du bonheur. En contrepartie, ces attitudes négatives entravent la résolution positive des problèmes, la reprise de contrôle sur sa vie ainsi que l'adoption de gestes concrets et dirigés vers un but (Godbout et al., 2018).

**Comportements dysfonctionnels.** Le trauma complexe affecte la régulation comportementale chez l'enfant, pouvant se manifester par des réactions impulsives (par exemple, l'agressivité) ou bien des comportements rigides et contrôlants (résistance excessive face aux changements, contrôle relationnel). Dans les deux cas, il s'agit d'une tentative inefficace de l'enfant maltraité pour reprendre un certain sentiment de maîtrise sur sa vie et se protéger contre un vécu affectif envahissant et douloureux (Cook et al., 2005). L'enfant exposé aux traumatismes interpersonnels présente davantage de risque d'adopter des comportements dysfonctionnels tels que l'opposition et la violence, l'abus



de substance, la prise de risque compulsive ou encore l'automutilation, afin de s'adapter à sa réalité et diminuer sa détresse (Courtois & Ford, 2013; Godbout et al., 2018).

**Mentalisation.** La mentalisation est la capacité d'une personne de comprendre ses propres états mentaux ainsi que ceux des autres, impliquant les pensées, émotions, désirs, les croyances et intentions, qui sous-tendent le comportement (Fonagy & Bateman, 2016). Elle se développe au sein de la relation d'attachement lorsqu'un parent s'intéresse au monde interne de son enfant, et lui reflète son interprétation de ses états mentaux. Les travaux démontrent que dans un contexte de maltraitance, l'enfant tend à privilégier l'agir au détriment d'une pensée réflexive, l'effort de mentalisation étant menaçant, et le mode survie étant au premier plan. Ainsi, les études identifient la mentalisation comme une cible de traitement importante chez les victimes de trauma complexe puisqu'elle est fondamentale pour une saine régulation affective, comportementale et relationnelle. (Berthelot, Ensink, & Normandin, 2013; Fonagy & Bateman, 2016; Godbout et al., 2018).

Enfin, ces différentes catégories permettent d'établir un portrait plutôt exhaustif des multiples répercussions pouvant être engendrées par le trauma complexe chez l'enfant. Chaque catégorie est intimement liée à l'autre et s'inter-influence, ce qui permet de constater toute la complexité du tableau clinique présenté par les enfants maltraités (Godbout et al., 2018). Ainsi, il demeure primordial de rassembler toutes les données théoriques, empiriques et cliniques disponibles afin de mieux comprendre le traumatisme

psychologique complexe, et de ce fait, élaborer des programmes d'interventions efficaces et adaptés spécifiquement aux importants besoins d'une population hautement vulnérable.

### **Modèles d'interventions spécifiques au trauma complexe**

Le concept du traumatisme psychologique complexe a suscité un intérêt marqué dans la littérature scientifique depuis les 30 dernières années. À la lumière des connaissances théoriques, empiriques et cliniques récemment établies, il est toutefois surprenant de constater le manque d'accessibilité à des services spécialisés en trauma pour répondre aux grands et multiples besoins des enfants victimes de maltraitance chronique (Courtois & Ford, 2009, 2013; Milne & Collin-Vézina, 2015). De nombreux chercheurs s'attardent ainsi à développer des programmes d'interventions spécifiques aux traumas complexes dans le but d'offrir un traitement adapté et efficace, scientifiquement éprouvé, répondant aux multiples difficultés développementales des enfants maltraités.

### **Une approche séquentielle pour le traitement des traumas chez l'enfant**

D'abord, un consensus existe dans la documentation scientifique à l'effet que l'intervention auprès des enfants traumatisés doit préconiser une approche séquentielle, soit une approche basée sur des phases («phase-based approach») (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2010; Courtois & Ford, 2009, 2013; National Child Traumatic Stress Network, 2003). Les recommandations émises en ce qui a trait aux meilleures pratiques dans le traitement du trauma complexe réfèrent à quatre principaux objectifs : 1) Établir une sécurité affective dans les relations interpersonnelles et stabiliser

l'environnement de l'enfant; 2) Développer les compétences émotionnelles, relationnelles et comportementales; 3) Entamer un processus visant l'intégration des expériences traumatiques; et 4) Favoriser la résilience par la consolidation des compétences acquises en les transposant dans le quotidien de l'enfant. Chaque objectif est brièvement détaillé ci-après.

**Sécurité affective et stabilisation.** Cette première étape est incontournable afin d'entamer les étapes subséquentes de l'intervention auprès de l'enfant présentant un trauma complexe. Qu'il soit dans un milieu familial dysfonctionnel ou qu'il tente de s'adapter à un nouvel environnement (par exemple, un placement en famille d'accueil), l'enfant maltraité est en mode survie et n'est pas disposé à de nouveaux apprentissages (Courtois & Ford, 2013). Il est donc prioritaire, avant d'engager un processus thérapeutique, d'adresser la sécurité de l'enfant. Le travail consiste à mettre en place les interventions nécessaires afin d'offrir à l'enfant un environnement stable, structurant et prévisible lui permettant d'être apaisé, et ce, dans ses différents milieux de vie quotidien. En ce sens, la construction d'une alliance thérapeutique est importante (Blaustein & Kinniburgh, 2010; Cohen, Mannarino, Kliethermes, & Murray, 2012; Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2013; Herman, 1992). Considérant les expériences relationnelles traumatisantes vécues par l'enfant victime de maltraitance, il est primordial d'investir le temps nécessaire pour établir une relation de confiance avec l'enfant et lui offrir un espace thérapeutique sécurisant. La psychoéducation est aussi une partie intégrante de la première étape d'intervention, portant de manière plus générale sur ce qu'est un vécu traumatique

et les possibles impacts qui peuvent en découler (Cohen et al., 2012; Courtois & Ford, 2013).

**Régulation affective et stratégies d'adaptation.** Cette deuxième phase du traitement vise le développement de compétences d'autorégulation chez l'enfant. Dans un contexte de maltraitance chronique, les capacités de régulation émotionnelle, interpersonnelle et comportementale sont grandement perturbées puisque l'enfant tente de s'adapter au mieux à des situations extrêmement anxiogènes et traumatisantes. Cette étape de l'intervention a pour but d'enseigner diverses habiletés émotionnelles pour que l'enfant puisse mieux comprendre son monde interne (identification), communiquer ce qu'il vit (expression) et ajuster l'intensité de son expérience affective (modulation/régulation) (Blaustein & Kinniburgh, 2010; Cohen et al., 2012; Courtois & Ford, 2013). Cette deuxième étape implique l'utilisation de stratégies d'interventions structurées ciblant donc une gestion plus saine et optimale des émotions. Par exemple, on peut y retrouver des exercices de relaxation, de visualisation, de pleine conscience ou autres, dans le but de développer des stratégies de gestion du stress. Il s'agit de soutenir et outiller l'enfant afin qu'il puisse acquérir des capacités d'auto-contrôle ainsi que le sentiment d'avoir un pouvoir d'agir sur sa situation. De plus, cette seconde étape constitue une base nécessaire pour entamer l'étape subséquente où les événements traumatiques sont revisités (Courtois & Ford, 2013; NCTSN, 2003).

**Intégration du trauma complexe.** Lorsque la situation de l'enfant est stabilisée et qu'il a développé des stratégies d'adaptation et de régulation émotionnelle pour faire face aux difficultés rencontrées, il est alors possible d'entamer graduellement l'exposition au contenu des expériences traumatiques vécues par l'enfant (Courtois & Ford, 2013; NCTSN, 2003). Il s'agit d'un processus thérapeutique visant l'intégration des souvenirs, émotions et manifestations associées au trauma afin d'amener l'enfant à faire sens de son histoire personnelle. Cette étape doit s'effectuer à un rythme confortable pour l'enfant, tout en favorisant l'utilisation des moyens enseignés préalablement pour soutenir la régulation des émotions difficiles suscitées durant le travail thérapeutique, surtout lorsqu'elles deviennent envahissantes (Blaustein & Kinniburgh, 2010; Cohen et al., 2012; Courtois & Ford, 2013; Lanktree & Briere, 2017). Cette phase permet généralement d'observer une diminution de la détresse psychologique ainsi que de la réponse traumatique chez l'enfant maltraité. Le processus thérapeutique revisite aussi les représentations négatives de soi et des autres afin de reconstruire un concept de soi plus sain et adapté, et ainsi favoriser une meilleure confiance de ses capacités personnelles et un espoir de changement et d'avenir (Courtois & Ford, 2013; NCTSN, 2003).

**Consolidation des acquis et résilience.** Cette quatrième et dernière phase de l'intervention a pour objectif de développer et renforcer les ressources personnelles de l'enfant maltraité ainsi que de promouvoir la résilience (Blaustein & Kinniburgh, 2010; Courtois & Ford, 2013; NCTSN, 2003). Elle vise à introduire des facteurs de protection dans le quotidien de l'enfant pour favoriser un mode de vie sain dans lequel il pourra

s'épanouir et se réaliser, éviter de se laisser définir par son histoire traumatique, et aussi réduire le risque de re-victimisation. Par exemple, diverses activités thérapeutiques peuvent être réalisées afin d'amener l'enfant à identifier ses forces individuelles et ses intérêts, définir ses valeurs et ses rêves, travaillant ainsi à sa construction identitaire. Cette phase du traitement implique donc de créer de multiples opportunités relationnelles et personnelles où l'enfant victime de maltraitance peut vivre des réussites, lui permettant ainsi de rehausser une estime personnelle fragile. On l'encourage à faire des choix afin qu'il se réapproprie une maîtrise de soi et de son environnement (Blaustein & Kinniburgh, 2010; Cook et al., 2005). De plus, les interventions peuvent miser sur l'établissement d'un réseau social positif et soutenant pour l'enfant, les personnes significatives jouant un rôle important dans la transposition des apprentissages thérapeutiques (régulation affective, compétences) dans la vie quotidienne afin d'optimiser le fonctionnement psychologique et adaptatif de l'enfant traumatisé (Blaustein & Kinniburgh, 2010; Courtois & Ford, 2013; Lanktree & Briere, 2017; NCTSN, 2003).

Par ailleurs, lorsqu'il est question d'intervenir auprès des enfants maltraités, les données probantes font ressortir l'importance d'utiliser une approche systémique (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2010; Courtois & Ford, 2013; NCTSN, 2003). Il est suggéré d'impliquer les parents biologiques lorsque possible, et/ou les autres adultes significatifs dans la vie de l'enfant, par exemple les membres de la famille élargie ou encore la famille d'accueil. Il est important de soutenir leur compréhension des difficultés de l'enfant ainsi que de les accompagner afin qu'ils puissent

offrir une réponse sensible, sécurisante et adaptée aux besoins exprimés par l'enfant (Courtois & Ford, 2013). La collaboration entre les différents partenaires est également primordiale dans le traitement, comme l'implication des intervenants en protection de la jeunesse, du système judiciaire et du milieu scolaire. En outre, les meilleures pratiques en regard des traumatismes complexes recommandent de mettre l'accent tant sur la réduction des symptômes traumatiques que sur la résilience, d'adapter les interventions en fonction de l'âge développemental de l'enfant, ainsi que de répondre au profil spécifique présenté par ce dernier en personnalisant le traitement et en assurant une très grande flexibilité dans l'intervention auprès de cette clientèle hautement vulnérable (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2010; Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2013).

### **L'approche cognitive comportementale axée sur le trauma**

En regard aux recommandations émises pour le traitement du trauma chez l'enfant, de nombreux auteurs s'attardent à développer des programmes d'intervention correspondant à une approche séquentielle afin de répondre aux besoins importants des jeunes ayant été exposés à des expériences traumatiques durant l'enfance, que ce soit une situation de maltraitance ou autres (catastrophe naturelle, par exemple). L'un des premiers modèles d'intervention ayant suscité l'intérêt dans la documentation scientifique, parmi d'autres, est l'approche cognitive comportementale axée sur le trauma, soit la TF-CBT («Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy») (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2012; Hébert, Daignault, Fournier, Tremblay-Perreault, 2018). Actuellement, il s'agit de l'intervention la plus étudiée et la plus soutenue empiriquement. Ce modèle d'intervention

s'appuie sur une méthode d'évaluation complète et structurée du système de l'enfant dans l'objectif de définir les besoins et priorités d'intervention. Le contexte traumatique, les difficultés présentées par l'enfant, les facteurs de résilience ainsi que la capacité d'adaptation sont analysés afin d'avoir un regard exhaustif et intégré sur la situation (Mannarino, Cohen, & Deblinger, 2014). L'approche cognitive comportementale est basée sur les principes sous-tendant les théories de l'apprentissage social et du conditionnement. Globalement, les interventions thérapeutiques cherchent à renforcer les comportements adaptés et souhaités, tout en visant la diminution des stratégies d'adaptation inefficaces et nuisibles chez l'enfant maltraité (Cohen et al., 2012; Hébert et al., 2018).

Les composantes principales de l'intervention cognitive comportementale axée sur le trauma se regroupent sous l'acronyme anglais PRACTICE. D'abord, on retrouve la **P**sychoéducation sur le trauma ainsi que sur les habiletés parentales. Ensuite, l'enseignement des stratégies de **R**elaxation et des habiletés de régulation **A**ffective et **C**ognitives. Le développement de la capacité à faire des liens entre les pensées, émotions et comportements associés au vécu traumatique en est un exemple. Puis, lorsque l'enfant est prêt, il est possible d'initier graduellement une exposition aux souvenirs **T**raumatiques en abordant son histoire personnelle et lui permettant d'en faire le récit. Le processus thérapeutique a pour objectif l'**I**ntégration des expériences traumatiques afin de panser les blessures et diminuer la détresse psychologique de l'enfant maltraité. L'approche thérapeutique préconise aussi l'implication des adultes significatifs pour l'enfant en



offrant des rencontres Conjointes afin de favoriser la communication parent-enfant et parfaire les différentes habiletés enseignées préalablement. En dernier lieu, l'intervention vise à renforcer les facteurs de résilience par l'Enseignement de compétences personnelles et par l'apprentissage de stratégies d'adaptation afin de soutenir une trajectoire développementale saine et optimale de l'enfant maltraité (Cohen et al., 2012; Hébert et al., 2018). En somme, la TF-CBT répond aux critères établis, en regard des meilleures pratiques pour l'intervention auprès des enfants traumatisés, par son approche structurée et séquentielle ainsi que par l'intégration des différentes composantes recommandées (Courtois & Ford, 2013).

De nombreuses études ont démontré l'efficacité de la TF-CBT auprès des enfants et des adolescents victimes de traumatismes. Il s'agit du modèle d'intervention présentant le soutien empirique le plus robuste, et ce auprès de diverses populations. Cette approche thérapeutique a été évaluée auprès des victimes d'agression sexuelle (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Mannarino, Cohen, Deblinger, Runyon, & Steer, 2012), des enfants exposés à la violence conjugale (Cohen, Mannarino, & Iyengar, 2011), des enfants vivant l'expérience d'un deuil traumatique (Cohen, Mannarino, & Knudsen, 2004; Cohen, Mannarino, & Staron, 2006), d'une catastrophe naturelle (Jaycox et al., 2010), d'un contexte de guerre (McMullen, O'Callaghan, Shannon, Black & Eakin, 2013; O'Callaghan, McMullen, Shannon, Rafferty, & Black, 2013;) ainsi que les enfants présentant un trauma complexe (Cohen et al., 2012; Jensen et al., 2014; Sachser, Keller, & Goldbeck, 2016). Les résultats démontrent de façon constante que la TF-CBT permet

une réduction significative des symptômes de stress post-traumatique, des symptômes dépressifs, anxieux et dissociatifs, de même qu'une atténuation marquée des troubles de comportement et des cognitions négatives. Des résultats positifs sont également observés en lien avec le bien-être psychologique de l'enfant et les pratiques parentales, dont une diminution dans la détresse exprimée par le parent (Courtois & Ford, 2013; de Arellano et al., 2014; Hébert et al., 2018; Mannarino et al., 2014).

Par exemple, l'étude de Cohen et ses collaborateurs (2004) comporte un échantillon de 229 victimes d'agression sexuelle âgées entre 8 et 14 ans. Bien que les auteurs ne réfèrent pas directement au trauma complexe, il demeure que les enfants ont été exposés à de multiples traumas, soit une moyenne de 2,6 types de traumas (par exemple, abus physique, exposition à la violence familiale) en plus de la situation d'abus sexuel. Les résultats de cette étude révèlent que la TF-CBT est nettement supérieure au traitement comparatif, soit la thérapie centrée sur l'enfant. Des effets positifs significatifs sont notés en ce qui a trait à la diminution des symptômes traumatiques et dépressifs, des problèmes de comportement ainsi que des sentiments de honte. Une amélioration est aussi notée quant à la confiance accordée envers autrui (Cohen et al., 2004).

L'efficacité de l'approche TF-CBT a été démontrée auprès de diverses populations cliniques (famille d'accueil, système de justice), sous divers formats (individuel, groupe), auprès de diverses minorités ethniques ainsi que différents pays du monde, contribuant ainsi à une généralisation des résultats (Courtois & Ford, 2013; de Arellano et al., 2014;

Mannarino et al., 2014). Toutefois, il faut prendre en considération que la plupart des études évaluatives de la TF-CBT repose sur un devis expérimental rigoureux impliquant des conditions hautement contrôlées (homogénéité du groupe, application stricte de l'intervention), alors que la réalité clinique peut s'avérer bien différente (Hébert et al., 2018).

En somme, la TF-CBT démontre clairement son efficacité pour le traitement des enfants traumatisés. Néanmoins, la majorité des études scientifiques disponibles actuellement se penchent plutôt sur la caractéristique référant à la multiplicité de l'expérience traumatique vécue durant l'enfance, alors que très peu s'intéressent à celle référant à la sévérité et la complexité des manifestations traumatiques chez l'enfant engagé dans une trajectoire de trauma complexe (Hébert et al., 2018). Cette distinction est importante et fait l'objet de questionnements dans la communauté scientifique et clinique, entre autres quant à l'applicabilité et l'efficacité de l'approche standard de la TF-CBT pour l'enfant présentant un profil de trauma complexe, c'est-à-dire en véritable accord avec le concept théorique présenté dans cet essai doctoral. D'ailleurs, en réponse à cette problématique, Cohen et ses collaborateurs (2012) ont développé une adaptation de leur approche TF-CBT afin que l'intervention puisse davantage correspondre aux besoins spécifiques et multiples des enfants présentant un trauma complexe.

### Questions de recherche

Au cours des dernières décennies, notre compréhension et conceptualisation du traumatisme psychologique complexe chez l'enfant a grandement évolué. En regard du développement des connaissances théoriques et cliniques dans ce domaine, de nombreux auteurs cherchent à élaborer des modèles d'interventions spécifiques s'appuyant sur les données scientifiques contemporaines dans le but d'offrir des services spécialisés en trauma, et ainsi répondre aux importants et multiples besoins des enfants présentant une trajectoire de trauma complexe.

L'approche cognitive comportementale axée sur le trauma constitue l'un de ces modèles d'intervention, parmi bien d'autres. Elle demeure l'intervention la plus étudiée jusqu'à maintenant et présentant la preuve scientifique la plus robuste. Elle respecte les recommandations émises en ce qui a trait aux meilleures pratiques dans le domaine du trauma chez l'enfant en adoptant une approche basée sur des phases et en intégrant les différentes composantes essentielles au traitement (évaluation rigoureuse, approche systémique, flexibilité). La TF-CBT continue d'évoluer, suggérant des stratégies d'adaptation de la thérapie usuelle pour intervenir de façon efficace et spécifique auprès des enfants présentant un profil de trauma complexe. Ainsi, cette approche thérapeutique constitue un point de référence déterminant dans la littérature scientifique ayant permis de tracer le chemin pour le développement de d'autres modèles d'interventions novateurs dans le traitement du trauma complexe chez l'enfant.

En ce sens, l'intérêt du présent travail est de s'intéresser à ces autres programmes d'intervention ayant reçu une attention moindre en comparaison à la TF-CBT. Pour ce faire, ce projet doctoral consiste à réaliser une synthèse exploratoire portant sur des modèles d'interventions novateurs et en apparence prometteurs, et ayant été développés spécifiquement pour le traitement des enfants et des adolescents présentant un profil de trauma complexe lié à l'expérience de maltraitance durant l'enfance. Cet essai doctoral a pour but d'atteindre les objectifs suivants :

- Documenter l'efficacité des programmes d'interventions spécifiques au trauma complexe (excluant la TF-CBT) dans le traitement de la symptomatologie associée;
- Effectuer une analyse critique des données empiriques disponibles afin de discuter du degré avec lequel le concept théorique du trauma complexe est bien représenté au sein des études;
- Documenter l'efficacité de ces programmes d'intervention sur des variables complémentaires autres que celles associées aux conséquences du trauma complexe, comme les mesures de placement.

La prochaine section vise ainsi à détailler les démarches effectuées pour sélectionner les programmes d'interventions spécifiques au trauma complexe, de même que les articles scientifiques à inclure dans la présente synthèse exploratoire. Elle présente donc la méthodologie utilisée pour permettre une réflexion et une analyse critique concernant le traitement du trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent victime de maltraitance.

## Méthode

La méthode utilisée dans cet essai doctoral comporte une séquence bien précise. Dans un premier temps, la démarche vise à identifier les programmes d'intervention d'intérêt à inclure dans ce travail, puisqu'il en existe plusieurs. Dans un deuxième temps, la recherche documentaire vise à sélectionner les articles scientifiques pertinents à la réalisation de cette synthèse exploratoire (ou «scoping review»). Notons que le modèle méthodologique élaboré par Arksey & O'Malley (2005) sur la production des synthèses exploratoires ainsi que le guide méthodologique rédigé par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS; Gouvernement du Québec, 2013) concernant la réalisation des revues systématiques ont été consultés afin de structurer les étapes de réalisation du projet doctoral. Cela permet d'augmenter la validité de la démarche.

### **Stratégie de recherche**

Dans l'objectif de repérer les programmes d'intervention d'intérêt ainsi que l'ensemble des publications scientifiques pertinentes, différentes approches ont été employées pour effectuer la recherche documentaire. D'abord, la consultation auprès d'un spécialiste de l'information scientifique (bibliothécaire) a été sollicitée afin d'établir les concepts et mots-clés à inclure dans la stratégie de recherche. La collaboration de notre directeur de recherche a également été requise à cette étape du processus pour préciser et valider les termes de recherche. Trois concepts principaux ont été identifiés: trauma complexe, maltraitance, intervention. Parmi d'autres, nous retrouvons des termes tels que

«complex PTSD», «childhood trauma», «out of home care», «child welfare», «psychotherapy», «treatment/interventions». Il est possible de consulter l'annexe A pour obtenir une liste détaillée des mots-clés utilisés.

Dans l'objectif de préciser les critères de sélection pour l'identification des programmes d'intervention pouvant être qualifiés de spécifique au traitement du trauma complexe, le site du National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) a retenu notre attention en raison de son expertise reconnue dans le domaine du trauma chez l'enfant (NCTSN, 2019), et ce en plus de la recherche documentaire usuelle. Le site du NCTSN offre un important répertoire des programmes d'interventions disponibles pour répondre aux besoins particuliers des enfants ayant un trauma complexe. Chaque programme bénéficie d'une fiche informative relativement complète offrant ainsi une description du traitement et de ses principales composantes, identifiant la population ciblée, et présentant un sommaire des données probantes (NCTSN, 2019). Dans le cadre de cet essai doctoral, les fiches descriptives ont été consultées en intégralité. L'annexe B fournit un exemple adapté des feuillets disponibles sur le site web du NCTSN.

Par ailleurs, les articles scientifiques ont été obtenus à partir de la consultation de trois bases de données électroniques, soit MEDLINE et PsycINFO (EBSCO), ainsi que Social Services Abstracts (ProQuest XML). La recherche d'informations se limite à une période de temps comprise entre l'année 2005 et le 30 avril 2019, de même qu'aux publications rédigées en français et en anglais. La stratégie de recherche de cet essai implique



également l'examen de la «littérature grise». Cela signifie que d'autres sources d'informations pertinentes ont été consultées dans le but d'identifier de manière exhaustive les publications nécessaires à la compréhension du thème de l'étude. Ainsi, différents sites Web reconnus dans le domaine de la santé mentale, du trauma et de la maltraitance chez l'enfant ont été explorés: National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), Trauma Center at Justice Resource Institute, California Evidence Based Clearinghouse for child welfare (CEBC) et Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). De plus, la liste de références bibliographiques des articles d'intérêt relevés lors de la recherche documentaire a aussi fait l'objet d'une exploration pour compléter le processus.

La prochaine sous-section présente la démarche détaillée employée pour faire la sélection tant des programmes d'interventions spécifiques au trauma complexe que des articles scientifiques à inclure dans la synthèse exploratoire visée par le projet doctoral.

### **Sélection des interventions**

Comme mentionné précédemment, le site du NCTSN (2019) a grandement été utilisé dans le but de cibler les programmes d'interventions spécifiques au trauma complexe à inclure dans cette synthèse exploratoire. La fiche descriptive de chaque traitement disponible sur la plateforme a été consultée. Afin d'être retenue, nous avons déterminé que le programme d'intervention devait remplir les critères de sélection suivants, soit faire directement référence au trauma complexe dans sa description (population cible), être un

programme standardisé/manualisé ainsi qu’être une intervention pouvant s’administrer sous une modalité de psychothérapie auprès de l’enfant et de l’adolescent. Ce processus de sélection a permis d’identifier 5 modèles d’intervention. Le tableau 1 présente les modèles intégrés et spécifiques au trauma complexe retenus pour la présente synthèse exploratoire.

Tableau 1

*Modèles d'interventions spécifiques au trauma complexe*

Modèles d'interventions	Population cible	Durée du traitement	Composantes de l'intervention
Attachement, Régulation des affects et Compétences (ARC)	3-17 ans	Entre 12 et 52 séances	<u>Attachement</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Routines et rituels</li> <li>▪ Gestion des émotions des adultes responsables</li> <li>▪ Ajustement empathique des adultes responsables</li> <li>▪ Constance et renforcement</li> </ul> <u>Régulation des affects</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identification</li> <li>▪ Expression</li> <li>▪ Modulation des émotions</li> </ul> <u>Compétences</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fonctions exécutives</li> <li>▪ Identité</li> <li>▪ Intégration des événements traumatiques</li> </ul>
Traitement intégratif du trauma complexe (Integrative Treatment of Complex Trauma, ITCT)	5-21 ans	Entre 16 et 36 séances	<u>Cibles d'intervention à prioriser selon l'évaluation des difficultés et besoins du jeune</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Construction de la relation et soutien</li> <li>▪ Interventions reliées à la sécurité</li> <li>▪ Psychoéducation</li> <li>▪ Tolérance à la détresse et régulation émotionnelle</li> <li>▪ Traitement cognitif et émotionnel des souvenirs liés au trauma</li> <li>▪ Traitement relationnel</li> <li>▪ Interventions pour les difficultés identitaires</li> <li>▪ Thérapie familiale</li> <li>▪ Interventions avec les donneurs de soins</li> <li>▪ Interventions auprès des systèmes sociaux</li> </ul>
Real Life Heroes (RLH)	6-12 ans	Entre 6 et 18 mois de séance hebdomadaire	<u>Objectif principal</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renforcer les ressources de l'enfant et le développement des capacités de résilience</li> </ul> <u>Interventions axées sur 3 composantes principales</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relations sécurisantes et soutenantes</li> <li>▪ Auto- et co-régulation émotionnelle</li> <li>▪ Intégration de l'histoire de vie</li> </ul> <p>*Par le biais d'un cahier de travail structuré et subdivisé en 8 chapitres</p>

Tableau 1

*Modèles d'interventions spécifiques au trauma complexe (suite)*

Modèles d'interventions	Population cible	Durée du traitement	Composantes de l'intervention
Structured Psychotherapy for Adolescents Responding to Chronic Stress (SPARCS)	12-21 ans	Entre 16 et 22 séances	<u>Interventions axées sur 4 sphères principales</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Favoriser le développement des capacités de mentalisation (conscience de soi et des autres)</li> <li>▪ Favoriser le développement de stratégies d'adaptation efficaces pour faire face aux événements stressants</li> <li>▪ Favoriser l'établissement de liens significatifs avec les autres afin de développer un réseau social supportant</li> <li>▪ Favoriser le développement d'un sentiment de compétence en suscitant l'engagement dans un projet d'avenir significatif (action dirigée vers un but)</li> </ul>
Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy (TARGET)	10 ans et plus	Entre 10 et 12 séances	<u>Objectif principal</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Développer les habiletés visant à intégrer et gérer les réactions traumatiques face aux expériences stressantes actuelles</li> </ul> <u>Interventions regroupées par l'acronyme FREEDOM</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>F</b>ocuser : Habileté d'auto-régulation</li> <li>▪ <b>R</b>econnaître les <b>É</b>motions et les déclencheurs traumatiques actuels, et <b>É</b>valuer les cognitions : Intégration du trauma</li> <li>▪ <b>D</b>éfinir les buts principaux, identifier les réponses actuelles efficaces (<b>O</b>ptions), affirmer ses valeurs par le biais de contributions positives (<b>M</b>aking) : Réintégration des habiletés de résilience</li> </ul>

**Sélection des études**

D'abord, tel que recommandé dans le guide méthodologique produit par l'INESSS (Gouvernement du Québec, 2013), le modèle PICOTS a été utilisé afin de structurer l'élaboration des critères d'inclusion et d'exclusion, permettant ainsi de faciliter le processus de sélection des études. Le tableau 2 présente le résultat de cette démarche. Il

est suivi d'explications supplémentaires concernant les critères établis qui s'y retrouvent, et/ou les éléments ayant fait l'objet d'une exclusion pour le présent travail.

Tableau 2

*Population, Intervention, Comparator, Outcomes, Timing, and Setting (PICOTS)*

Domaine	Description
Population	<p>Enfants âgés entre 6-18 ans exposés à la maltraitance ou présentant un profil de trauma complexe</p> <p>Implication en protection de la jeunesse: maintien avec le parent biologique, placement en famille d'accueil ou chez un proche, foyer de groupe, centre de réadaptation, adoption</p> <p>Implication dans le système de justice juvénile.</p>
Interventions	<p>Interventions cliniques visant spécifiquement le traitement du trauma complexe lié à la maltraitance chez l'enfant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Améliorer les symptômes traumatiques de l'enfant</li> <li>▪ Améliorer les difficultés développementales présentées par l'enfant dans l'une ou l'autre des catégories de répercussions identifiées par Godbout et al. (2018)</li> <li>▪ Optimiser le développement de l'enfant et son fonctionnement psychologique et adaptatif</li> <li>▪ Renforcer la résilience.</li> </ul> <p>Interventions de type psychothérapeutique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modalité: Individuelle, groupe, familiale (donneur de soins-enfant)</li> <li>▪ Programme intégré, standardisé et structuré.</li> </ul>
Comparateur	Condition de comparaison telle que définie dans les études respectives, mais non obligatoire.

Tableau 2

*Population, Intervention, Comparator, Outcomes, Timing, and Setting (PICOTS) (suite)*

Domaine	Description
Résultats	<p>Efficacité de l'intervention</p> <p>Santé mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptômes traumatiques: PTSD, évitement, hypervigilance, reviviscence</li> <li>▪ Répercussions développementales: Dissociation/évitement, problèmes relationnels et d'attachement, identité et concept de soi, somatisation et physiologie/biologie, problèmes cognitifs et d'apprentissage, régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie, compréhension du monde, comportements dysfonctionnels et mentalisation.</li> </ul> <p>Bien-être de l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fonctionnement adaptatif</li> <li>▪ Forces et résilience</li> <li>▪ Support social.</li> </ul> <p>Variables complémentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relation parent-enfant: Habiletés parentales, détresse du parent, autres</li> <li>▪ Suivi en protection: Trajectoire de placement, ré-occurrence de la maltraitance, autres</li> <li>▪ Indicateurs du fonctionnement de l'enfant: Fréquentation scolaire, mesures disciplinaires, autres.</li> </ul>
Période de suivi	<p>Condition de suivi telle que définie dans les études respectives. Aucune restriction</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Court terme: Abandon, post-intervention jusqu'à &lt; 6 mois</li> <li>▪ Long terme: ≥ 6 mois suivant la complétion du traitement.</li> </ul>
Milieu clinique	<p>Protection de la jeunesse: maintien avec le parent biologique, placement en famille d'accueil ou chez un proche, foyer de groupe, centre de réadaptation, adoption</p> <p>Système de justice juvénile.</p>

Le trauma complexe témoigne de deux composantes, soit l'exposition à de multiples situations potentiellement traumatisantes et la multiplicité des répercussions développementales qui en découlent (Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2009; Kliethermes et al., 2014; Milot et al., 2018). Toutefois, considérant que le trauma complexe n'est pas reconnu à ce jour comme une entité diagnostique, force est de constater qu'il existe une grande disparité dans la façon d'opérationnaliser ce concept à travers les études (Kliethermes et al., 2014; Milot et al., 2018). De ce fait, tant les articles référant directement au terme trauma complexe et/ou présentant l'une ou l'autre des composantes du concept ont été retenus.

En ce qui a trait à la population ciblée par cette synthèse exploratoire, soulignons que seules les publications portant sur les jeunes présentant un profil de trauma complexe lié à l'expérience de la maltraitance durant l'enfance ont été retenues et que celles portant sur d'autres formes de traumas, notamment ceux liés au contexte de la guerre, au deuil traumatique ou à l'expérience des enfants réfugiés, ont été exclues. Par ailleurs, les études recensées peuvent aussi inclure les populations cliniques issues du système de justice juvénile en reconnaissance du fait que les jeunes délinquants présentent régulièrement une histoire passée et/ou actuelle d'exposition à de multiples situations traumatisantes, dont la maltraitance (Ford, Chapman, Connor, & Cruise, 2012; Ford, Hawke, & Chapman, 2010).

De plus, les programmes d'intervention visant la tranche d'âge 0-5 ans sont également exclus puisque la période préscolaire, de même que la petite enfance, présentent des



particularités et des défis spécifiques. Généralement, le traitement est plutôt axé sur le développement des compétences parentales et/ou les composantes de la relation parent-enfant en premier lieu (Bernard et al., 2012; Cichetti, Rogosh, & Toth, 2006; Timmer et al., 2006). De récentes revues systématiques portant sur les modèles d'intervention probants auprès de ce groupe d'âge précis sont d'ailleurs déjà disponibles dans la littérature scientifique (Batzler, Berg, Godinet, & Stotzer, 2018; Landers et al., 2018).

Dans le même sens, nous avons aussi exclu les publications portant sur l'approche cognitive-comportementale axé sur le trauma (TF-CBT) considérant le fait que son évidence scientifique n'est plus à démontrer. Comme discuté préalablement, ce traitement a été évalué à maintes reprises dans le domaine spécifique au trauma, et a également fait l'objet de diverses recensions des écrits (de Arellano et al., 2014; Goldman Fraser et al., 2013; Leenarts, Diehle, Doreleijers, Jansma, & Lindauer, 2013). L'intérêt porte ici davantage sur d'autres programmes d'interventions novateurs et prometteurs dans le traitement spécifique du trauma complexe chez l'enfant victime de maltraitance.

Dans le présent travail, les études considérées doivent faire l'objet d'une évaluation par les pairs et présenter des résultats empiriques quant à l'efficacité du programme d'intervention ou encore quant aux effets du traitement sur différentes sphères du fonctionnement de l'enfant. Puis, considérant que la recherche dans le domaine du trauma complexe est plutôt récente, et que la population d'enfants en protection de la jeunesse demeure un milieu d'étude plus difficilement accessible, peu d'études comparatives

randomisées sont actuellement disponibles pour un grand nombre de programmes d'interventions novateurs. De ce fait, nous n'avons émis aucune restriction concernant le type de devis de recherche utilisé, à l'exception des études descriptives (étude de cas, enquête), qui sont toutefois exclues de la présente synthèse exploratoire.

Chaque article retenu au terme de cette synthèse exploratoire a fait l'objet d'une analyse des résultats par le biais d'une grille d'extraction des données que nous avons élaboré à cet effet (voir l'annexe C). Cette grille a permis de structurer l'information quant aux données sociodémographiques (genre, ethnie, âge), la population clinique visée, la taille de l'échantillon, les données concernant l'exposition au trauma complexe (nombre de traumas, type de maltraitance), le devis expérimental et le contexte de recherche, les instruments de mesure utilisés pour évaluer l'effet de l'intervention sur différents symptômes associés au trauma complexe (TSPT, répercussions développementales, mesures de placement ou autres) ainsi que les résultats quant à l'efficacité du traitement sur ces différentes variables complémentaires. L'extraction des données s'est donc avérée une étape importante et incontournable afin de regrouper les résultats pertinents permettant de répondre aux questions de recherche de cet essai.

## Résultats

La présentation des résultats s'effectue en quatre parties. Nous débutons avec un aperçu global des résultats impliquant donc le processus de recherche pour la sélection des études, les caractéristiques des études incluses dans la synthèse exploratoire de même que certains constats généraux observés. Nous présentons ensuite l'efficacité des programmes d'interventions spécifiques au trauma complexe. Afin de rendre compte de la représentativité du concept théorique, les données empiriques sont présentées par domaine du trauma complexe. Une dernière partie expose l'effet des traitements retenus sur différentes variables complémentaires à la compréhension des enfants présentant un profil de trauma complexe.

D'abord, au terme de la sélection des interventions spécifiques au trauma complexe admissibles pour la réalisation de cet essai, la stratégie de recherche a été complétée en analysant l'ensemble des titres et des résumés d'articles obtenus, en regard des critères d'inclusion établis. Cette étape a permis d'identifier 219 publications. Par la suite, l'évaluation de 51 articles complets a été effectuée, menant ainsi à l'obtention d'un nombre final de 12 publications à inclure dans la présente synthèse exploratoire. Le processus de recherche pour la sélection des études est représenté dans le diagramme PRISMA suivant, soit la figure 1. Les raisons principales pour l'exclusion d'une publication ont été discutées ci-haut, et représentent 39 articles scientifiques.

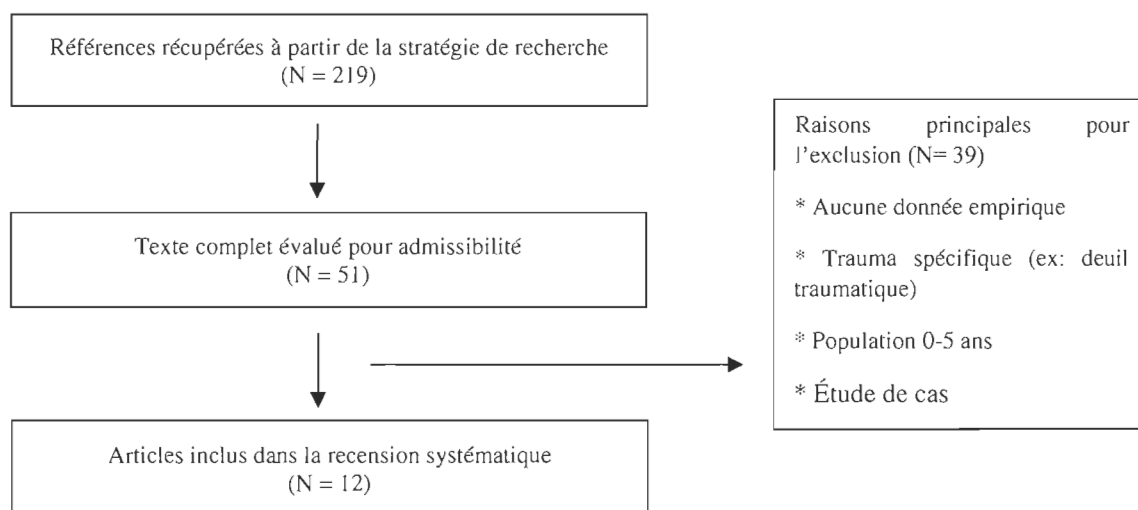


Figure 1. Processus de recherche pour la sélection des études.

Un nombre total de 12 études scientifiques ont été retenues. La répartition des études s'effectue comme suit: quatre études ont examiné l'efficacité du programme ARC, trois se sont penchées sur le programme d'intervention TARGET, deux études ont évalué l'efficacité du programme RLH, deux autres ont évalué le programme pour adolescents SPARCS, et une seule étude a examiné l'efficacité du programme ITCT. Parmi ces articles, deux études (dont l'une visant ARC, et l'autre SPARCS) ont comparé leurs résultats à d'autres programmes axés sur le trauma, soit la TF-CBT et le «Child-parent psychotherapy» (CPP; Lieberman, 2004). Le tableau 3 présente les résultats de la synthèse exploratoire en exposant les caractéristiques des études incluses.

Tableau 3

*Caractéristiques des études incluses*

Étude	Devis de recherche	Participants inclus	Interventions	Résultats
Bartlett et al. (2018)	Évaluation en condition réelle de 3 programmes axés sur le trauma	N=842; Protection de la jeunesse 3-18 ans	ARC CPP TF-CBT	<p><b>Programme ARC N=378</b></p> <p><b>UCLA PTSD-RI:</b> ↓ significative sévérité TSPT</p> <p><u>Version parent:</u> D= .46</p> <p><u>Version enfant:</u> D= .68</p> <p><b>CBCL:</b> ↓ significative échelle globale (D= .61), internalisée (D= .77) et externalisée (D= .41)</p>
Hodgdon et al. (2016)	Évaluation en condition réelle Groupe unique pré/post traitement	N=481; Pré/post placement adoption 6-12 ans	ARC	<p><b>CAPS:</b> ↓ significative sévérité TSPT (<math>R^2=.47</math>)</p> <p><b>TSCC:</b> ↓ significative échelle anxiété, dépression, TSPT, dissociation, agressivité</p>
Hodgdon et al. (2013)	Évaluation en condition réelle Groupe unique pré/post traitement	N=126; Adolescentes en programme de réadaptation 12-22 ans	ARC	<p><b>UCLA PTSD-RI:</b> ↓ significative sévérité TSPT (<math>R^2=.06</math>)</p> <p><b>CBCL:</b> ↓ significative échelle globale (<math>R^2=.14</math>), internalisée (<math>R^2=.11</math>) et externalisée (<math>R^2=.13</math>)</p> <p><b>Nombre de contention/mois:</b> ↓ 54% durant la période d'intervention</p>
Arvidson et al. (2011)	Évaluation en condition réelle Groupe unique pré/post traitement	N=93; Jeune cohorte multiethnique en protection de la jeunesse (Alaska) 3-12 ans	ARC	<p><b>CBCL:</b> ↓ significative échelle globale, soit ↓ 19 points entre pré et post traitement</p> <p><b>Placement:</b> Taux de placement permanent élevé (92%) pour les enfants ayant complétés l'intervention (N=21)</p>

Tableau 3

*Caractéristiques des études incluses (suite)*

Étude	Devis de recherche	Participants inclus	Interventions	Résultats
Kagan et al. (2008)	Évaluation en condition réelle Groupe unique pré/post traitement	N=41; Population clinique ou hautement vulnérable 8-15 ans	RLH	<b>TSCC:</b> ↓ significative TSPT entre pré-intervention et suivi 4 mois <b>CPRC-R:</b> ↓ significative problèmes de comportement <b>SS (mesure d'attachement):</b> Amélioration du sentiment d'attachement avec la principale figure de soins
Kagan et al. (2014)	Évaluation en condition réelle Groupe unique pré/post traitement	N=119; Programme santé mentale et protection de la jeunesse 6-18 ans	RLH	<b>UCLA PTSD- RI:</b> ↓ significative sévérité TSPT <b>CBCL:</b> ↓ significative échelle globale et internalisée <b>Échelle de résilience:</b> Aucune différence significative notée <b>Placement et hospitalisation:</b> Aucun placement ou hospitalisation. Résultat positif, bien que non significatif.
Marrow et al. (2012)	Évaluation en condition réelle Groupe comparatif traitement usuel	N=74; Population délinquance juvénile mixte 11-19 ans	TARGET	<b>Programme TARGET N=36</b> <b>UCLA PTSD-RI :</b> ↓ significative sévérité TSPT pour les 2 groupes <b>Symptomatologie/Résilience:</b> Échelle dépression, espoir et satisfaction des services favorables à TARGET

Tableau 3

*Caractéristiques des études incluses (suite)*

Étude	Devis de recherche	Participants inclus	Interventions	Résultats
Ford et al. (2012)	Essai randomisé contrôlé  Groupe comparatif traitement usuel	N=59; Population délinquance juvénile (adolescente)  13-17 ans	TARGET	<p><b>Programme TARGET N=33</b></p> <p><b>CAPS:</b> ↓ significative sévérité TSPT; favorable pour TARGET (D= .53)</p> <p><b>TARGET:</b> D= 1.26</p> <p><b>Traitement usuel:</b> D= 1.35</p> <p><b>TSCC:</b> Échelle espoir favorable pour traitement usuel (D= .64)</p> <p><b>TARGET:</b> ↓ significative échelle dépression, anxiété, cognition post-traumatique</p> <p><b>Traitement usuel:</b> ↓ significative échelle dépression, agressivité et espoir</p>
Ford & Hawke (2012)	Méthode quasi-expérimentale  Groupe comparatif sans traitement	N=394; Population délinquance juvénile mixte  11-16 ans	TARGET	<p><b>Programme TARGET N=197</b></p> <p>Chaque session reçue durant les 14 premiers jours de détention est associée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ↓ 53% du nombre d'incident disciplinaire</li> <li>▪ ↓ 69 minutes du temps d'isolement en chambre</li> </ul> <p><b>Récidive:</b> Nombre de session TARGET reçu n'est pas associé à la récidive post-détention (6 mois)</p>



Tableau 3

*Caractéristiques des études incluses (suite)*

Étude	Devis de recherche	Participants inclus	Interventions	Résultats
Lanktree et al. (2012)	Évaluation en condition réelle  Groupe unique pré/post traitement	N=151; Population socialement marginale et défavorisé  8-17 ans	ITCT	<b>TSCC:</b> ↓ significative échelle anxiété, dépression, agressivité, dissociation, préoccupations sexuelles, symptômes post-traumatiques  <b>Réduction symptomatologie:</b> Association significative vs nombre de mois d'intervention
Habib et al. (2013)	Évaluation en condition réelle  Groupe unique pré/post traitement	N=24; Adolescents en programme de réadaptation  14-21 ans	SPARCS	<b>UCLA PTSD-RI:</b> ↓ significative sévérité TSPT  <b>YOQ-SR:</b> ↓ significative échelle détresse intrapersonnelle, somatisation, relation, comportement dysfonctionnel et comportement à risque
Weiner et al. (2009)	Évaluation en condition réelle de 3 programmes axés sur le trauma	N=133; Population multiethnique en famille d'accueil  3-18 ans	SPARCS  CPP  TF-CBT	<b>Programme SPARCS N=33</b>  <b>CANS:</b> Amélioration significative TSPT, fonctionnement général et comportements à risque chez les Afro-américains  <b>Rétention:</b> Proportion significative d'Afro-américains ayant complété l'intervention

*Note.* CPP= Child-Parent Psychotherapy; UCLA PTSD-RI= University of California Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index; CBCL= Child Behavior Checklist; CAPS= Clinician-Administered PTSD Scale; TSCC= Trauma Symptom Checklist for Children; CPRC-R= Conner's Parent Rating Scale Revised; SS= Security Scale; YOQ-SR= Youth Outcome Questionnaire Self-Report; CANS= Child and Adolescent Needs and Strengths

**Constats généraux**

L'ensemble des études recensées ont été conduites aux États-Unis. La grande majorité des études ont été publiées après l'année 2010 venant ainsi appuyer le fait que la recherche

scientifique dans le domaine du trauma complexe chez l'enfant est en émergence et que les résultats empiriques sont préliminaires. Présentement, les devis expérimentaux constituent principalement des évaluations en condition réelle sans groupe de comparaison ou de groupe contrôle (75%) permettant d'examiner l'efficacité des programmes d'intervention. Seulement trois études comportent un groupe de comparaison, dont une étude clinique randomisée. Il est important de prendre ces éléments en considération dans l'interprétation des résultats. De plus, les participants inclus dans les différentes études proviennent d'un large éventail de milieux cliniques. Le système de délinquance juvénile américain fait également l'objet de trois études distinctes portant sur l'évaluation du programme d'intervention TARGET. La protection de la jeunesse constitue bien évidemment une population cible récurrente dans cette synthèse exploratoire.

On décompte un total de 2 537 jeunes participants au sein des différentes études. Si l'on considère seulement les participants ayant reçu l'une des cinq interventions ciblées par la synthèse exploratoire (considérant que certains d'entre eux se retrouvent dans un groupe de comparaison et n'ont pas bénéficié d'une intervention d'intérêt), l'échantillon représente alors 1750 enfants et adolescents. De plus, il est possible de constater que pour le tiers des études sélectionnées, le nombre de participants est inférieur à 50. En ce qui a trait aux caractéristiques sociodémographiques, l'ensemble des études inclut un nombre relativement équivalent de garçons et de filles, et présente généralement une proportion plus importante de participants caucasiens, bien que certaines études s'intéressent plus particulièrement aux minorités ethniques.

En ce qui concerne l'âge des participants, il est possible de constater que les enfants d'âge scolaire, correspondant à la tranche d'âge 6-12 ans, semblent sous-représentés. La moitié des études se penchent sur une population adolescente, soit la tranche d'âge 12-18 ans. Dans la présente synthèse exploratoire, cette catégorie d'âge fait référence aux jeunes âgés entre 11 et 22 ans où les moyennes d'âge varient entre 14 ans et 17 ans. Ainsi, seulement deux études se penchent spécifiquement sur une population d'enfants d'âge scolaire, dont l'une d'entre elles présente une moyenne d'âge relativement élevée (11 ans), tandis que l'autre comporte un échantillon particulièrement jeune (moyenne d'âge= 8 ans) considérant que la population étudiée chevauche aussi la tranche d'âge préscolaire (participants âgés entre 3 et 12 ans dans ce cas-ci). Les quatre autres études se retrouvent à considérer tant la population d'âge scolaire que la population adolescente, voire même la catégorie préscolaire pour les travaux de Bartlett et ses collègues (2018) visant entre autres le programme d'intervention ARC. Les moyennes d'âge varient entre 10 et 11 ans. Enfin, l'étude pilote de Kagan, Douglas, Hornik, & Kratz (2008) sur le traitement RLH est la seule et unique ayant considéré l'âge développemental des enfants.

Par ailleurs, les résultats obtenus permettent aussi de faire ressortir quelques constats en lien avec les outils psychométriques et les modalités d'intervention. Les données révèlent que certains instruments de mesure prévalent davantage dans le domaine du trauma complexe chez l'enfant. En ce qui a trait à l'évaluation des symptômes du TSPT, l'outil de mesure «UCLA PTSD Reaction Index» (Pynoos, Rodriguez, Steinberg, Stuber, & Frederick, 1998), visant à évaluer l'exposition à de multiples événements traumatisants

ainsi qu'à mesurer les critères diagnostiques associés au TSPT, semble communément utilisé par les chercheurs, précisément dans 5 publications sur 12 (41,6%) pour la présente synthèse exploratoire. En ce qui concerne l'évaluation des multiples autres symptômes associés au trauma complexe, le «Child Behavior Checklist» (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001) ainsi que le «Trauma Symptom Checklist for Children» (TSCC; Briere, 1996) sont les instruments de mesure les plus fréquemment rapportés, soit dans 33,3% et 41,6% des cas, respectivement. Le premier permet de mesurer les difficultés émotionnelles et comportementales en termes de symptômes internalisés et externalisés tandis que le second permet de cibler les symptômes d'anxiété, de dépression, de colère, de stress post-traumatique, de dissociation et de préoccupations sexuelles. En outre, les résultats permettent de constater que la quasi-totalité des études comportent une mesure auto-rapportée par l'enfant et/ou l'adolescent. L'usage de multiples répondants est présent dans seulement 33,3% des cas, où l'adulte responsable du jeune constitue la source d'information supplémentaire, et ce, généralement lorsque la population étudiée est plus jeune (6-12 ans).

Par ailleurs, l'intervention sous forme de thérapie de groupe est offerte dans 5 études (dont 2 études concernent SPARCS, 2 autres TARGET, et 1 étude ARC) visant une population adolescente en milieu de réadaptation, à l'exception de l'étude de Weiner, Schneider, & Lyons (2009) qui s'adresse aux adolescents en situation de placement en famille d'accueil. La psychothérapie individuelle auprès de l'enfant demeure la modalité d'intervention privilégiée dans la majorité des études. De par leur nature, les programmes

d'intervention ARC, ITCT et RLH présupposent une implication parentale dans le traitement bien que cette participation soit très variable d'une étude à l'autre et qu'il soit difficile de bien l'évaluer.

### **Efficacité des programmes d'interventions spécifiques au trauma complexe**

Dans le cadre de cette synthèse exploratoire, les résultats permettent de constater que chaque programme d'intervention sélectionné a démontré une efficacité, dans une certaine mesure, pour le traitement du trauma complexe chez les enfants victimes de maltraitance. L'ensemble des études présentent des constats positifs liés à la symptomatologie traumatique (TSPT) et/ou les différentes difficultés développementales des jeunes participants (par exemple, comportementales, émotionnelles, etc), à l'exception de l'étude de Ford et Hawke (2012) qui expose plutôt des mesures indirectes du comportement, considérées dans le présent travail comme des variables complémentaires présentées subséquentment. En contrepartie, seulement 4 études sur 12 se sont intéressées de manière plus précise aux facteurs associés à la résilience et/ou les caractéristiques désignant les forces de l'enfant. Globalement, les résultats démontrent aussi des effets positifs quant à la résilience chez l'enfant et l'adolescent, qui seront détaillés subséquentment dans la section sur les variables complémentaires à la compréhension du trauma complexe.

### **Résultats par domaine du trauma complexe**

Cette sous-section présente les résultats empiriques recensés en regard au modèle élaboré par Godbout et ses collaborateurs (2018) ayant identifié neuf domaines de répercussions du trauma complexe, en plus des symptômes de stress post-traumatiques.

#### **Symptômes du TSPT**

La grande majorité des études (n=10) s'est penchée sur les impacts de l'intervention en regard à la symptomatologie traumatique classique du TSPT. Chaque modèle d'intervention sélectionné par ce projet doctoral rapporte une diminution significative quant à la sévérité des symptômes traumatiques chez l'enfant et l'adolescent. Trois études examinant l'efficacité du modèle ARC démontre que ce changement positif se maintient jusqu'à une période de suivi de 12 mois (Hodgdon, Blaustein, Kinniburgh, Peterson, & Spinazzola, 2016; Hodgdon, Kinniburgh, Gabowitz, Blaustein, & Spinazzola, 2013), et ce, tant pour les mesures complétées par le parent que celles de l'enfant dans l'étude menée par Bartlett et al. (2018). Des résultats semblables sont observés pour le modèle d'intervention RLH, mais pour une période de neuf mois (Kagan, Henry, Richardson, Trinkle, & LaFrenier, 2014). De plus, l'étude de Kagan réalisée en 2008 dénote un effet de l'intensité de l'intervention quant au rapport complété par le parent, alors que pour l'enfant la diminution significative du score de sévérité du TSPT s'observe avec le simple passage du temps. Certaines études ont par ailleurs présenté les résultats concernant les symptômes de reviviscence (critère B), d'évitement (critère C) ainsi que d'hypervigilance (critère D). Chaque modèle d'intervention retenu, à l'exception du ITCT, a démontré une

diminution significative en lien avec tous les critères mentionnés ci-haut. Les travaux de Ford et ses collaborateurs (2012) permettent en plus de constater que l'intervention TARGET surpasse le groupe comparatif recevant un traitement usuel quant aux résultats observés pour les critères B et C. En terme diagnostique, l'intervention TARGET démontre un changement cliniquement significatif du TSPT presque deux fois plus important. Une seule autre étude présente des résultats d'un point de vue clinique, soit celle de Hodgdon et al. (2016), rapportant un taux diagnostique post-traitement de 33,3%, alors qu'il était de 75,9% avant l'intervention.

### **Dissociation et évitement**

Quatre études documentent les effets sur la dissociation et l'évitement. L'étude de Lanktree et al. (2012) évaluant les effets du modèle d'intervention ITCT sur une population socialement marginalisée et défavorisée âgée entre 8 et 17 ans révèle que chaque domaine du TSCC (Brière, 1996) présente une diminution significative au plan de la symptomatologie suite à l'intervention (dissociation;  $\eta^2 = .16$ ). Deux études examinant le modèle ARC rapportent également des résultats significatifs maintenus dans le temps (suivi allant jusqu'à 12 mois) quant aux symptômes dissociatifs (Hodgdon et al., 2013; Hodgdon et al., 2016). La dernière étude concerne le modèle RLH, où la diminution du score observé à l'échelle de dissociation suite à l'intervention s'est avérée non-significative (Kagan et al., 2014).

### **Problèmes relationnels et attachement**

Quatre études documentent les effets liés aux problèmes relationnels et l'attachement. L'étude réalisée par Habib, Labruna, & Newman (2013) a démontré l'efficacité du modèle SPARCS pour améliorer significativement les difficultés relationnelles rencontrées par de jeunes adolescentes en centre de réadaptation. On retrouve également des mesures concernant les relations interpersonnelles dans l'étude pilote menée par Kagan et ses collaborateurs (2008) telles que la sécurité d'attachement de l'enfant envers sa principale figure d'attachement et la perception de l'enfant face au support social reçu par sa famille et son entourage. Les résultats ne sont toutefois pas significatifs. Deux autres études ont documenté les problèmes relationnels par le biais de l'échelle «Problèmes sociaux» du CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001) et n'ont pas observé d'effets significatifs des modèles d'intervention ARC et RLH (Hodgdon et al., 2013; Kagan et al., 2014).

### **Identité et concept de soi**

Une seule étude comporte une mesure pouvant être associée à ce domaine du trauma complexe. L'inventaire des cognitions post-traumatique (PTCI; Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999) permet d'évaluer les pensées et croyances chez les victimes de trauma envers elles-mêmes, envers le monde ainsi que la tendance au blâme personnel. Le modèle TARGET a démontré des changements significatifs (taille d'effet modérée;  $d = .53$ ) et supérieurs au traitement usuel du groupe comparatif (petite taille d'effet;  $d = .32$ ) auprès de jeunes délinquantes âgées entre 13 et 17 ans ayant reçu 12 séances de cette intervention sous un format de thérapie individuelle (Ford et al., 2012).



### **Somatisation et physiologie/biologie**

Trois études présentent des données empiriques en lien avec ce domaine du trauma complexe. L'étude de Hodgdon et al. (2013) permet d'observer une diminution significative des plaintes somatiques ( $R^2 = .06$ ) telles qu'évaluées par le CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001) chez des adolescentes en milieu de réadaptation ayant reçu l'intervention ARC, alors qu'aucun changement notable n'est rapporté chez des enfants âgés entre 6 et 18 ans provenant de milieux cliniques diversifiés (tant en santé mentale qu'en protection de l'enfance) et ayant bénéficié de l'intervention RLH avec leur famille (Kagan et al., 2014). De plus, le modèle SPARCS démontre aussi une réduction significative au plan de la somatisation (Habib et al., 2013) tel que mesuré par le «Youth Outcome Questionnaire-Self Report» (YOQ-SR; Wells et al., 1999), un instrument d'évaluation des résultats psychothérapeutiques impliquant six échelles fréquemment associées aux difficultés développementales du trauma complexe.

### **Problèmes cognitifs et d'apprentissage**

Trois études comportent des résultats associés à cette catégorie de répercussions et représentent trois interventions différentes, soit le modèle RLH, le modèle ARC ainsi que le modèle SPARCS. La première intervention n'a observé aucun effet sur les symptômes d'attention chez l'enfant et l'adolescent (Kagan et al., 2014). La seconde intervention démontre une efficacité quant au traitement des difficultés d'attention ( $R^2 = .05$ ) qui se maintient avec le temps (Hodgdon et al., 2013), et la troisième intervention dénote une

amélioration de l'attention, mais aussi de l'impulsivité chez les adolescentes hébergées bénéficiant en groupe du modèle d'intervention SPARCS (Habib et al., 2013).

### **Régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie**

De nombreuses études s'intéressent à ce domaine du trauma complexe, permettant ainsi d'observer des changements notables sur la régulation émotionnelle des enfants et des adolescents pour chaque modèle d'intervention spécifique au trauma complexe ayant été sélectionné par cet essai doctoral. Un nombre total de 8 études sur 12 présentent des résultats significatifs liés à cette catégorie de répercussions. À l'exception du modèle RLH, chaque intervention a démontré une efficacité quant à l'amélioration des symptômes dépressifs et anxieux auprès des jeunes traumatisés (Ford et al., 2012; Habib et al., 2013; Hodgdon et al., 2013, 2016; Lanktree et al., 2012; Marrow, Knuden, Olafson, & Bucher, 2012). De plus, lorsque l'on examine les deux études portant sur le modèle d'intervention ARC, on remarque que cette amélioration se maintient dans le temps en regard à la symptomatologie dépressive, alors qu'elle continue de s'améliorer pour la symptomatologie anxieuse (Hodgdon et al., 2013; 2016). Pour le modèle d'intervention TARGET, on observe une amélioration des symptômes dépressifs chez les participants ayant bénéficié de cette intervention en comparaison à ceux ayant reçu un traitement usuel (Marrow et al., 2012). Des études observent également des effets significatifs des modèles d'intervention ARC, RLH et ITCT quant à la gestion de la colère. Pour le modèle ARC, on observe d'ailleurs une amélioration pour la colère jusqu'à 12 mois suivant l'intervention (Hodgdon et al., 2016). L'étude clinique randomisée réalisée par Ford et ses

collègues (2012) révèle un effet significatif sur la colère, mais qui est favorable au groupe de comparaison recevant un traitement usuel (taille d'effet modéré;  $d = .46$ ) alors que les résultats pour le modèle d'intervention TARGET s'avèrent non-significatifs ( $d = .13$ ). Enfin, la régulation des émotions négatives est mesurée par deux études impliquant le modèle d'intervention TARGET, mais les résultats s'avèrent non concluants (Ford et al., 2012; Marrow et al., 2012).

### **Compréhension du monde**

Les résultats disponibles pouvant être associés à ce domaine du trauma complexe découlent de diverses mesures de la même variable, soit l'espoir/désespoir. Deux études concernent le modèle d'intervention TARGET. Les travaux de Marrow et al. (2012) révèlent que des jeunes délinquants ayant bénéficié de l'intervention de groupe TARGET ont rapporté davantage d'espoir et d'optimisme en comparaison à ceux ayant reçu le traitement usuel. En contrepartie, l'étude de Ford et al. (2012) révèle aussi des résultats significatifs quant à l'espoir, mais favorable au groupe de comparaison bénéficiant du traitement usuel (large taille d'effet;  $d = -.85$ ). Par ailleurs, une dernière étude portant sur le modèle d'intervention RLH observe des données empiriques liées à la compréhension du monde, bien qu'elles ne soient pas significatives. Les travaux préliminaires de Kagan et son équipe (2008) constatent des résultats même surprenants, c'est-à-dire qu'une augmentation du sentiment de désespoir est observée, et donc une tendance inverse à leur prédiction.

## Comportements dysfonctionnels

Cinq études documentent les effets en lien avec les comportements dysfonctionnels, dont deux études évaluent le modèle d'intervention SPARCS, deux autres le modèle ARC, et une étude s'intéresse au modèle RLH. Les travaux de Weiner et ses collègues (2009) observent des résultats positifs quant aux comportements à risque des adolescents afro-américains bénéficiant de l'intervention SPARCS, comparables aux résultats obtenus pour la TF-CBT et le CPP. Une diminution significative des comportements à risque est également observée par l'étude de Habib et son équipe (2013), mais les résultats n'atteignent pas le seuil de signification en ce qui a trait au trouble des conduites. L'intervention ARC démontre une importante diminution quant aux comportements perturbateurs ( $R^2 = .19$ ) ainsi qu'un changement significatif pour l'agressivité ( $R^2 = .06$ ), qui se maintiennent dans le temps (Hodgdon et al., 2013), de même qu'une amélioration significative des comportements à risque comparable à la TF-CBT est observée tant au suivi post-traitement de 6 mois qu'à celui de 12 mois (Bartlett et al., 2018). De plus, l'étude de Kagan et al. (2014) révèle que les résultats ne sont pas concluants pour le modèle d'intervention RLH quant à l'agressivité et au trouble des conduites, tel que mesuré par le CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001).

Par ailleurs, il est important de souligner que d'autres résultats pertinents sont observés au sein des études retenues. Toutefois, certaines données empiriques ne permettent pas une catégorisation dans l'un ou l'autre des domaines du trauma complexe considérant l'utilisation d'échelle globale. Par exemple, l'étude de Arvidson et al. (2011)

portant sur le modèle d'intervention ARC ne présente que des résultats concernant le score global obtenu au CBCL, ce qui constitue une mesure très large des comportements problématiques.

### **Mentalisation**

Aucune étude ne s'est intéressée à la mentalisation chez l'enfant et l'adolescent dans cette synthèse exploratoire.

### **Variables complémentaires dans la compréhension du trauma complexe**

Outre l'évaluation de l'efficacité des modèles d'intervention sur les symptômes du trauma complexe, d'autres études ont documenté les effets de l'intervention sur d'autres variables d'intérêt, notamment le nombre d'incident disciplinaire, l'usage de la contention physique ou de l'isolement, la fréquence des menaces verbales ou encore le taux de récurrence post-détention. Trois études ont mesuré ces variables complémentaires s'observant dans un contexte de placement en centre de réadaptation ou bien auprès d'une population carcérale et les résultats révèlent généralement une diminution significative. À titre d'exemple, l'étude de Marrow et ses collègues (2012) a observé une réduction marquée quant à l'utilisation de l'isolement auprès de jeunes délinquants incarcérés bénéficiant de l'intervention TARGET, et ce, allant jusqu'à six fois moins en regard au groupe de comparaison bénéficiant d'un traitement usuel. Cette tendance s'est maintenue pendant huit mois suivant l'intervention.

Par la suite, deux autres études considèrent le taux de placement ou encore le taux d'hospitalisation psychiatrique dans leur analyse, des indicateurs psychosociaux importants dans la recherche auprès des enfants victimes de maltraitance. L'étude réalisée par Kagan et al. (2014) portant sur le traitement RLH a démontré des résultats positifs quant à ces variables en comparaison au groupe recevant un traitement usuel, sans toutefois atteindre un seuil significatif sur le plan statistique. L'étude de Arvidson et ses collègues (2011), quant à elle, rapporte un taux de placement permanent particulièrement favorable (92%) pour les familles ayant complété le programme d'intervention ARC alors qu'habituellement ce taux se situe sous 40% dans le système de protection de la jeunesse en Alaska.

Quatre études présentent des résultats en lien avec la résilience chez les jeunes victimes de maltraitance. L'étude de Kagan et ses collaborateurs (2014) utilise spécifiquement une échelle de résilience pour enfants et adolescents visant à mesurer les forces personnelles favorisant la résilience par le biais de l'évaluation de trois éléments principaux, soit le sentiment de maîtrise, le sentiment d'appartenance ainsi que la réactivité émotionnelle du jeune (Prince-Embury, 2006). Cependant, aucun effet significatif n'a été observé sur cette variable. Quant aux trois autres études, les résultats concernant les facteurs de résilience sont disponibles par le biais de certaines échelles des instruments de mesure suivants, soit le «Behavior Assessment System for Children» (BASC; Reynolds & Kamphaus, 2004) ainsi que le «Child and Adolescent Needs and Strengths» (CANS; Lyons, Griffin, Fazio, & Lyons, 1999). Le premier permet d'évaluer

à la fois les difficultés comportementales, les difficultés scolaires et le fonctionnement adaptatif du jeune, tandis que le second est un instrument d'évaluation multicritère permettant de mesurer un large éventail d'expériences traumatisantes et de symptômes liés au trauma, en plus de considérer d'autres aspects importants tels que le fonctionnement général, les besoins et les forces de l'enfant. Ainsi, les résultats obtenus par l'étude de Hodgdon et ses collègues (2016) démontrent des changements significatifs ayant été maintenus jusqu'à 12 mois suivant l'intervention ARC pour les échelles «Adaptabilité» et «Habilités d'adaptation», mais uniquement selon la perception de la mère. Les travaux de Bartlett et al. (2018) révèlent quant à eux des améliorations notables pour les échelles «Fonctionnement vie quotidienne», «Besoins comportementaux et émotionnels de l'enfant», «Forces de l'enfant» ainsi que «Ajustement au trauma».

De plus, une étude a documenté la satisfaction des services, un indicateur additionnel intéressant pour comprendre l'expérience vécue par les jeunes bénéficiant d'un traitement. L'alliance thérapeutique a été considérée à deux reprises au sein des études sélectionnées. Les résultats s'avèrent positifs, bien qu'aucune différence n'ait été décelée entre le groupe d'intervention TARGET et le groupe comparatif dans l'étude de Ford, Steinberg, Hawke, Levine, & Zhang (2012). Enfin, il est possible de repérer deux mesures parentales, soit l'échelle «Besoins et ressources du parent» évaluée par l'outil de mesure CANS, et l'indice de stress parental (ISP; Abidin, 1995) permettant d'évaluer le stress ressenti par un parent dans la relation avec son enfant. En regard de cette dernière mesure, le programme d'intervention ARC démontre une amélioration significative dans la

perception parentale d'un enfant difficile, de même que pour l'ensemble des mesures associées au stress de la mère (Hodgdon et al., 2016).



## Discussion

Cet essai avait pour but d'explorer la documentation portant sur l'efficacité de certains programmes d'interventions spécifiques au trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent victime de maltraitance durant l'enfance. Cinq modèles d'intervention ont été retenus, soit le modèle ARC, TARGET, RLH, SPARCS et ITCT. Le premier objectif visait à déterminer si les modèles d'intervention retenus se révèlent efficaces ou non, d'un point de vue général, pour adresser la problématique du trauma complexe lié à l'expérience de la maltraitance durant l'enfance. Le second objectif visait à approfondir cette question en détaillant les résultats obtenus en lien avec chaque domaine du trauma complexe identifié par le modèle théorique de Godbout et ses collaborateurs (2018), et ce, afin de discuter de la mesure avec laquelle le concept théorique du trauma complexe est bien transposé dans la recherche et la réalité clinique. Puis, un troisième objectif visait à documenter l'utilisation de variables complémentaires pour rendre compte des effets de l'intervention sur le fonctionnement psychologique et adaptatif de l'enfant maltraité, et ce, afin de discuter de la pertinence ou non de ces informations additionnelles pour enrichir notre compréhension de la dynamique spécifique associée au trauma complexe.

### **Réflexions générales sur les interventions spécifiques au trauma complexe**

Le nombre de programmes d'intervention ( $n=5$ ) identifiés par cet essai est intéressant considérant qu'il s'agit dans l'ensemble de modèles d'interventions novateurs ayant été développés depuis peu, et ce, précisément dans l'intention d'adresser la problématique du trauma complexe. Cependant, il est surprenant de constater que seulement 12 études scientifiques ont pu être retenues pour ce projet doctoral, malgré l'établissement de critères de sélection largement inclusifs (par exemple, en termes de la population cible, de l'âge des participants, etc.). Ce constat permet ainsi de révéler que les données probantes concernant l'efficacité des interventions demeurent relativement faibles à ce jour (nonobstant des résultats prometteurs observés, et qui seront discutés plus loin). Bien que la recherche dans le domaine du trauma complexe soit plutôt récente, et que l'implantation d'un nouveau traitement peut représenter certains défis méthodologiques et cliniques importants, il semble tout de même raisonnable de s'attendre à un plus grand nombre d'études ayant évalué ces différents modèles d'intervention.

Par ailleurs, certains constats généraux ont pu être dégagés de cette synthèse exploratoire. D'abord, considérant que l'ensemble des études sélectionnées sont d'origine américaine, il est important d'être prudent quant à la généralisation des résultats obtenus. Chaque pays présente des particularités lui étant propre quant à l'offre de services en santé mentale, l'organisation du système de protection de l'enfance, et bien d'autres composantes, pouvant venir influencer les données. La réplique des études dans

d'autres pays et contextes culturels sera donc nécessaire pour venir appuyer la portée des résultats préliminaires actuels.

Un point majeur à considérer dans l'interprétation des résultats observés est le choix du devis méthodologique. Rappelons en effet qu'une seule étude clinique randomisée est présente dans cette synthèse exploratoire, offrant ainsi un faible soutien quant à l'évidence scientifique. Dans cette mesure, il est primordial que de prochaines études évaluatives utilisent un devis de recherche expérimental présentant des conditions contrôlées afin de pouvoir établir l'efficacité des interventions spécifiques au trauma complexe. La majorité des études (9 études sur 12) présente une méthodologie de recherche basée sur l'évaluation en condition réelle des effets du traitement sans groupe de comparaison/contrôle. Bien que cette méthode soit intéressante pour nous renseigner quant à l'applicabilité et l'efficacité potentielle d'une intervention en milieu clinique, cela ne permet pas de s'assurer que les effets observés sont attribuables à la participation à l'intervention, les résultats pouvant aussi s'expliquer par d'autres facteurs tels que l'effet de la simple prise en charge de l'enfant, le passage du temps, l'évolution normale des symptômes ou encore des bénéfices liés à une autre intervention parallèle. Cela limite ainsi la capacité des études à démontrer que les programmes d'interventions spécifiques au trauma complexe ont des effets qui surpassent ceux pouvant être observés suivant la participation à un traitement usuel. À cet effet, seulement deux études utilisent un devis quasi-expérimental, c'est-à-dire avec un groupe de comparaison. Elles visent toutes deux le programme d'intervention TARGET, tout comme c'est le cas pour l'étude clinique randomisée citée plus haut. Ainsi, l'évidence

scientifique la plus robuste au sein de cette synthèse exploratoire cible le traitement TARGET ayant évalué une population bien spécifique, soit celle d'adolescents en milieu carcéral.

Il est intéressant de souligner que les interventions semblent fonctionner auprès d'une diversité de milieux cliniques (programmes de prévention et/ou de santé mentale, protection de la jeunesse, situations de placement, milieu carcéral, et autres). De plus, bien que les études retenues présentent de manière descriptive des informations en lien avec l'âge, le sexe ou encore l'appartenance ethnique, très peu d'entre elles considèrent ces données dans les analyses statistiques. Les travaux futurs devraient détailler davantage les résultats afin d'examiner l'influence de multiples facteurs, dont les variables sociodémographiques, en regard à l'efficacité des interventions spécifiques au trauma complexe. À titre d'exemple, l'étude portant sur le programme d'intervention ITCT (Lanktree et al., 2012) démontre que l'amélioration symptomatologique observée chez les participants s'est révélée équivalente entre les différents groupes ethniques, ce qui signifie que l'intervention se veut autant efficace pour l'enfant hispanique, afro-américain ou caucasien. Somme toute, rappelons que la présente synthèse exploratoire comporte un échantillon culturellement varié et des résultats encourageants.

### **Qu'en est-il de l'efficacité des programmes d'interventions ciblés?**

Chaque traitement sélectionné (ARC, RLH, SPARCS, ITCT, TARGET) a démontré une certaine efficacité pour réduire la symptomatologie traumatique associée au TSPT

ainsi que pour réduire la sévérité des difficultés développementales observées sur le plan émotionnel, comportemental, relationnel, identitaire, cognitif, et biologique. Ainsi, les résultats de cette synthèse exploratoire indiquent que ces programmes d'intervention semblent prometteurs pour le traitement du trauma complexe chez l'enfant victime de maltraitance. Cependant, il est important de souligner que ces résultats reposent sur un nombre d'études restreint et comportant certaines lacunes au plan de la rigueur méthodologique. Le soutien empirique quant à l'efficacité des interventions spécifiques au trauma complexe demeure donc somme toute limité. De plus, en ce qui concerne le fonctionnement adaptatif et les forces de l'enfant, une faible proportion d'études (33,3%) s'est intéressée à observer l'effet des interventions quant à la résilience chez les jeunes présentant un profil de trauma complexe. De façon générale, les résultats sont encourageants, bien que limités eux aussi. Les travaux de recherche doivent se poursuivre afin d'établir la réelle efficacité de ces programmes d'intervention, et ce, dans une perspective allant bien au-delà de la simple présentation psychopathologique de l'enfant maltraité. Pour le moment, les résultats demeurent relativement sommaires, alors que peu d'études examinent les mécanismes spécifiques impliqués dans la réponse positive ou négative au traitement ou d'autres éléments pertinents permettant de mieux comprendre la dynamique complexe liée à la maltraitance et au trauma complexe. Nos questionnements et réflexions en ce sens seront adressés à la prochaine section.

### **Représentation du concept théorique du trauma complexe sur le plan clinique**

En premier lieu, soulignons qu'à l'exception de la mentalisation, chaque domaine du trauma complexe identifié par le modèle théorique de Godbout et ses collaborateurs (2018) a fait l'objet d'au moins une mesure au sein des études sélectionnées. Cependant, d'importantes disparités peuvent être constatées, en ce sens que certains domaines ont davantage été évalués en rapport aux autres. En effet, la régulation émotionnelle est la composante la plus étudiée dans cette synthèse exploratoire (8 études sur 12), et s'intéresse principalement à l'anxiété, la dépression et la gestion de la colère. La dissociation (4 études), les problèmes relationnels et d'attachement (4 études), ainsi que les comportements dysfonctionnels (5 études) sont des domaines du trauma complexe ayant été évalués de façon modérée. Les catégories de répercussions restantes, soit l'identité et le concept de soi (1 étude), la somatisation et la physiologie/biologie (3 études), les problèmes cognitifs et d'apprentissage (3 études), ainsi que la compréhension du monde (3 études) sont considérées comme ayant été faiblement évaluées. Encore une fois, les résultats de cette synthèse exploratoire sont généralement positifs et intéressants en regard de l'efficacité des interventions sur la symptomatologie complexe pouvant être observée chez l'enfant victime de maltraitance chronique, et ce, pour chaque domaine de répercussions développementales. Une seule exception se dégage, soit le domaine des problèmes relationnels et d'attachement. Sur un total de quatre études, trois études présentent des résultats non concluants pour les difficultés relationnelles et/ou la sécurité d'attachement. Ce résultat est particulièrement intéressant si l'on considère que l'attachement est au cœur même du concept de trauma complexe et que l'aspect

relationnel est une composante clé des interventions axées sur le trauma et retenues pour cet essai. Une part d'explication pourrait résider dans le fait que les enfants d'âge scolaire (6-12 ans) sont moins bien représentés dans les études incluses dans cette synthèse exploratoire. L'attachement est généralement un concept qui s'évalue et s'applique plus aisément auprès de jeunes enfants. De plus, il s'agit d'une cible d'intervention tributaire de l'implication et la collaboration des adultes significatifs pour l'enfant. Dans un contexte de maltraitance, cela peut constituer des défis non négligeables pour l'intervention. Il est également possible d'évoquer la possibilité que des changements significatifs sur plan de l'attachement s'observent davantage sur le long terme considérant ses racines profondes qui s'installent dès les premières années de vie d'un enfant.

Aussi, il est important de considérer que certains domaines impliquent plusieurs composantes. Par exemple, le domaine des problèmes cognitifs et d'apprentissage. Les études ayant considéré l'aspect cognitif associé à ce domaine s'intéressent seulement à l'attention, alors que d'autres aspects pourraient également être évalués, comme la flexibilité cognitive, la mémoire, la planification et la résolution de problèmes (Godbout et al., 2018). D'ailleurs, la composante des difficultés d'apprentissage n'est pas du tout considérée. Ce même constat peut être observé dans d'autres domaines de répercussions. Ainsi, malgré le fait que la présente synthèse exploratoire démontre que chaque domaine a été pris en compte (excepté la mentalisation), les résultats nous informent souvent de façon fort limitée.



En deuxième lieu, un élément particulièrement intéressant peut être dégagé en lien avec la symptomatologie du trouble de stress post-traumatique. En effet, la quasi-totalité des études empiriques retenues (10 études) a évalué les symptômes associés au TSPT chez l'enfant et l'adolescent, ce qui démontre qu'il s'agit d'une composante centrale dans la présente synthèse exploratoire. Pourtant, la définition même du trauma complexe repose sur le fait que le diagnostic du TSPT est insuffisant pour comprendre l'altération persistante et sévère du fonctionnement holistique de l'enfant victime de traumas relationnels chroniques. Effectivement, rappelons que plusieurs enfants maltraités ne rencontrent pas les critères diagnostiques du TSPT malgré un niveau d'exposition traumatique particulièrement élevé (plus de quatre traumas) et la présence hautement significative de symptômes cliniques (Greeson et al., 2011). Encore une fois, cela signifie que les études actuelles portent un regard limité sur l'éventail des répercussions développementales du trauma complexe. Conséquemment, elles nous informent minimalement quant à la capacité des programmes d'intervention à agir sur l'ensemble des difficultés exprimées par l'enfant présentant un trauma complexe.

Le fait que les symptômes du TSPT soient aussi majoritairement évalués dans les études témoigne possiblement de l'importance lui étant encore aujourd'hui accordée pour comprendre les traumas psychologiques. Force est donc de constater que malgré les avancées scientifiques et cliniques dans le domaine du trauma complexe, les études évaluatives recensées reposent principalement sur un modèle classique de la compréhension des traumas. Cela suscite la réflexion quant aux prochaines études

empiriques, en ce sens qu'il pourrait être pertinent de trouver un certain équilibre entre l'évaluation des symptômes classiques du TSPT et celle des autres domaines de répercussions développementales. Une meilleure adéquation avec le concept théorique du trauma complexe se reflétant dans les études évaluatives permettrait d'enrichir notre compréhension de l'efficacité des programmes d'intervention sur l'intégralité de la symptomatologie associée au trauma complexe.

Par ailleurs, les travaux de Ford, Spinazzola, van der Kolk, & Grasso (2018) sont d'intérêts à souligner. Dans les dernières années, ces auteurs ont travaillé à opérationnaliser le trauma complexe en terme diagnostique, soit celui du «Developmental Trauma Disorder» (DTD; van der kolk et al., 2009) et à élaborer une entrevue semi-structurée spécifique au trauma complexe, en cours de validation psychométrique. D'abord, le DTD est caractérisé par l'exposition au trauma relationnel (maltraitance, violence familiale) et par une perturbation du lien d'attachement entre l'enfant et sa principale figure de soins (Critère A). Ensuite, les autres caractéristiques réfèrent aux impacts développementaux qui en découlent, étant répartis sur 3 domaines: dysrégulation affective/physiologique (Critère B), dysrégulation cognitive/comportementale (Critère C) et dysrégulation relationnelle et identitaire (Critère D). Les résultats sont particulièrement intéressants et encourageants quant à l'utilisation de ce construit. Cela pourrait être une avenue future intéressante pour soutenir l'évaluation et l'intervention chez l'enfant victime de maltraitance chronique.

En troisième lieu, il demeure que malgré l'avancement des connaissances, le trauma complexe ne fait pas encore l'objet d'un diagnostic officiellement reconnu. En conséquence, sa conceptualisation et son opérationnalisation peut parfois différer grandement d'une étude à l'autre. Dans la présente synthèse exploratoire, 10 études sur 12 ont examiné l'efficacité de leur intervention respective chez une population clinique d'enfants ayant vécu plusieurs expériences potentiellement traumatisantes (reliées à la maltraitance, mais pas seulement), sans toutefois utiliser le terme spécifique du trauma complexe pour décrire la situation de ces enfants. Seulement deux études s'inscrivent plus formellement sous le concept de trauma complexe en prenant compte à la fois la multiplicité des traumas vécus (exposition) et la complexité des difficultés développementales rencontrées par le jeune.

L'étude évaluative du programme ARC réalisée par Hodgdon et al. (2016) auprès d'une population d'enfants adoptés âgés entre 6 et 12 ans établie les critères d'admissibilité suivants : un statut pré- ou post-adoption, l'exposition à au moins deux types de traumas, un dysfonctionnement observé dans deux domaines de vie (maison, école, communauté), ainsi que la présence actuelle de symptômes du TSPT. La deuxième étude est celle de Weiner et al. (2009) ayant évalué trois interventions axées sur le trauma (SPARCS, TF-CBT, CPP) auprès d'une population multiethnique placée en famille d'accueil. Afin d'être éligible à participer à l'intervention, l'enfant et/ou l'adolescent devait présenter une expérience traumatique jugée modérée ou sévère ainsi qu'une cotation de niveau 2 ou 3 sur l'échelle d'ajustement au trauma tel qu'évaluées par

l'instrument de mesure CANS. Rappelons que l'ensemble des études rapportent des résultats préliminaires concluants quant à l'efficacité des interventions. Cependant, il demeure que peu d'études effectuent des analyses permettant de dégager des spécificités et ainsi distinguer l'évolution clinique de l'enfant présentant un profil de trauma complexe.

Dans un autre ordre d'idée, une avenue intéressante dans la recherche sur l'intervention axée sur le trauma pourrait être d'investiguer les composantes de l'intervention elles-mêmes. Par exemple, est-ce qu'une cible d'intervention du modèle est à privilégier plus qu'une autre, en ce sens qu'elle permet d'observer davantage les effets souhaités sur la symptomatologie clinique de l'enfant présentant un profil de trauma complexe? Ou bien, est-ce qu'un domaine particulier du trauma complexe devrait être priorisé, en ce sens qu'il influence plus fortement des changements positifs dans les autres domaines de répercussions développementales par le fait même? Il pourrait aussi être pertinent de questionner l'applicabilité de l'intervention dans la réalité clinique. Par exemple, dans quelle mesure les différentes phases de l'intervention ont été respectées? L'approche séquentielle suggère des lignes directrices pertinentes, bien que la complexité des situations vécues par les jeunes en contexte de maltraitance puisse évidemment percuter sa mise en application. En effet, comment est-il possible de stabiliser un enfant sur le plan affectif alors que ce dernier est maintenu dans un environnement toxique? En somme, il importe d'approfondir notre compréhension de l'efficacité des interventions spécifiques au trauma complexe à différents niveaux et d'en préciser les spécificités.

### **Variables complémentaires**

Les principaux résultats empiriques des études sélectionnées portent sur la symptomatologie clinique de l'enfant maltraité. Néanmoins, il existe plusieurs variables pertinentes à considérer pour enrichir notre compréhension quant à l'expérience globale entourant l'enfant présentant un profil de trauma complexe. Bien qu'un grand nombre d'études ait considéré une variable complémentaire, il demeure que l'information pouvant en être dégagée est plutôt limitée. Certaines variables nous semblent tout de même davantage significatives à discuter, en regard à la population cible, telle que la mesure du stress parental. Dans l'étude de Hodgdon et al. (2016), cette variable présentait une forte corrélation avec la présence des symptômes internalisés et externalisés observés chez l'enfant avant la participation à l'intervention ARC. Par la suite, les résultats ont démontré une amélioration notable de la perception parentale face à l'enfant jugé difficile, alors que cette variable est reconnue pour avoir un impact direct sur la symptomatologie présentée par l'enfant. Cette mesure est donc particulièrement intéressante puisqu'elle constitue une cible d'intervention potentielle et qu'elle permet d'examiner la dynamique relationnelle et interactionnelle entre l'enfant et l'adulte qui en est responsable (Hodgdon et al., 2016).

De plus, le taux de placement suivant l'intervention est également une autre variable importante ayant été considérée par deux études. Il s'agit d'un indicateur clinique spécifique au contexte de protection de la jeunesse, une population au cœur de tout l'intérêt porté pour le trauma complexe. Il serait pertinent que de prochaines études évaluatives puissent intégrer cette variable dans une perspective longitudinale afin de

documenter l'effet des interventions sur la trajectoire de placement chez l'enfant victime de maltraitance chronique.

Par ailleurs, le cadre conceptuel du trauma complexe souligne l'importance d'accompagner l'enfant dans le développement de ses forces et de ses compétences afin de soutenir sa capacité de résilience, et non seulement viser à minimiser le dysfonctionnement (Blaustein & Kinniburgh, 2010; Courtois & Ford, 2013). Cependant, dans la présente synthèse exploratoire, une faible proportion des études (33,3%) s'est intéressée à observer l'effet des interventions quant aux facteurs de résilience chez l'enfant. Ce constat est d'autant plus surprenant si l'on considère que cette composante est une partie intégrante des modèles d'interventions spécifiques au trauma complexe ciblés par cet essai. Le fait de travailler à développer et consolider les forces personnelles de l'enfant peut agir comme facteur de protection, et ainsi venir atténuer l'impact du trauma complexe sur la santé mentale et le fonctionnement adaptatif de l'enfant victime de maltraitance chronique. La littérature scientifique tend d'ailleurs à porter davantage d'attention au rôle de la résilience en relation au trauma complexe chez l'enfant et l'adolescent (Cicchetti, 2013; Kisiel, Summersett-Ringgold, Weil, & McClelland, 2017). Sa pertinence est indéniable et devrait aussi guider les prochaines études évaluatives quant à l'efficacité du traitement afin de préciser des cibles de traitement spécifiques.

### **Limites et forces de l'étude**

Il est important de considérer les résultats de cet essai doctoral en regard des limites et des forces qu'il comporte. D'abord, la consultation des documents méthodologiques sur la production des synthèses exploratoires et des revues systématiques est un atout ayant permis de structurer les différentes étapes de ce projet afin d'en assurer une rigueur scientifique (Arksey & O'Malley, 2005; INESSS, Gouvernement du Québec, 2013). Cependant, il demeure que dans le cadre de la réalisation de cet essai, certaines recommandations n'ont pas été actualisées. Par exemple, aucun évaluateur indépendant n'a validé la stratégie de recherche utilisée, de même que le processus de sélection des études. Considérant l'établissement d'une liste de critères d'inclusion et d'exclusion dans la méthodologie, il est important de souligner que l'interprétation des résultats de cette synthèse exploratoire se limitent donc à ceux-ci. Par exemple, le fait d'avoir exclu la population d'enfants âgés entre 0-5 ans implique nécessairement que certaines interventions spécifiques au trauma complexe chez l'enfant n'ont pu être considérées. Il aurait pu être intéressant de les inclure afin d'envisager les résultats dans une perspective développementale. Enfin, cette synthèse exploratoire repose sur une compréhension contemporaine du trauma complexe et s'inscrit dans une réflexion sur les enjeux de la transposition entre la théorie, la recherche et l'application clinique.

## Conclusion



Ce projet doctoral visait à effectuer une synthèse exploratoire concernant les modèles d'interventions spécifiques au trauma complexe lié à l'expérience de maltraitance chez l'enfant âgé entre 6 et 18 ans. Les programmes ARC, TARGET, RLH, SPARCS et ITCT ont été retenus afin d'examiner leur efficacité auprès de cette population hautement vulnérable. Les données empiriques actuelles sont particulièrement encourageantes et supportent donc le besoin d'offrir un meilleur accès à des services spécialisés pour répondre à la complexité des difficultés développementales présentées par ces jeunes. Il sera toutefois important que des études cliniques randomisées soient réalisées afin d'établir la réelle efficacité de ces modèles d'intervention. En effet, dans la présente synthèse exploratoire, il est constaté qu'un grand nombre d'études évaluatives utilisent une méthodologie de recherche basée sur l'observation en condition réelle sans recourir à un groupe contrôle ou comparatif. Ainsi, bien que les résultats soient prometteurs pour l'ensemble des interventions sélectionnées par cet essai, ces lacunes méthodologiques limitent la portée de ceux-ci.

En somme, il demeure que chaque modèle d'intervention démontre une certaine efficacité dans le traitement des symptômes du TSPT, des multiples répercussions développementales ainsi que de la résilience chez l'enfant présentant un profil de trauma complexe. Il semble toutefois exister un écart important entre le concept théorique du trauma complexe et son application clinique. Il est observé qu'une grande place est encore

accordée au TSPT dans les études en comparaison aux autres composantes du trauma complexe. De plus, la littérature scientifique dans le domaine du trauma complexe nous informe de l'importance de considérer des cibles d'intervention visant à atténuer la symptomatologie des enfants maltraités, mais également à améliorer leur fonctionnement général et soutenir le développement des compétences et des forces personnelles. Cependant, les résultats révèlent que la composante de la résilience est actuellement moins investie dans les études.

Ainsi, afin de mieux représenter le concept théorique du trauma complexe dans la recherche et l'application clinique, il serait pertinent de documenter davantage les différents domaines du trauma complexe et le fonctionnement adaptatif et résilient de l'enfant maltraité. L'utilisation des variables complémentaires semble aussi une avenue intéressante pour mieux comprendre la dynamique complexe des traumas relationnels et informer au sujet de l'efficacité des modèles d'interventions spécifiques à cette population vulnérable.

## Références

- Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index (3e éd.): Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment. Burlington, VT: ASEBA.
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414-430, doi: 10.1016/j.jaac.2009.12.020
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (4e éd., revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5e éd.), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32, doi: 10.1080/1364557032000119616
- Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., ... & Blaustein, M. (2011). Treatment of complex trauma in young children: Developmental and cultural considerations in application of the ARC intervention model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 34-51, doi: 10.1080/19361521.2011.545046
- Bartlett, J. D., Griffin, J. L., Spinazzola, J., Fraser, J. G., Noroña, C. R., Bodian, R., ... & Barto, B. (2018). The impact of a statewide trauma-informed care initiative in child welfare on the well-being of children and youth with complex trauma. *Children and Youth Services Review*, 84, 110-117, doi: 10.1016/j.childyouth.2017.11.015
- Batzer, S., Berg, T., Godinet, M. T., & Stotzer, R. L. (2018). Efficacy or chaos? Parent-child interaction therapy in maltreating populations: A review of research. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(1), 3-19, doi: 10.1177/1524838015620819

- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Morrarty, E., Lindhiem, O., & Carlson, E. (2012). Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized clinical trial. *Child Development*, 83(2), 623–636, doi: 10.1111/j.1467-8624.2011.01712.x
- Bernard, K., Lind, T., & Dozier, M. (2014). Neurobiological consequences of neglect and abuse, in J. E. Korbin & R. D. Krugman (Eds.), *Handbook of Child Maltreatment* (Vol. 2), Dordrecht, Springer, 205-223.
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2013). Échecs de mentalisation du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 2(1), 9-15, doi: 10.3917/cnmi.131.0009
- Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2010). Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency. New-York, NY: Guilford Press.
- Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York, NY: Basic Books.
- Breslau, N., Koenen, K., Luo, Z., Agnew-Blais, J., Swanson, S., Houts, R., ... & Moffitt, T. (2014). Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult post-traumatic stress disorder: A prospective investigation. *Psychological Medicine*, 44(9), 1937-1945, doi: 10.1017/S0033291713002651
- Briere, J. (1996). Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC): Professional manual. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Bureau, J.-F., Deneault, A.-A., Yurkowski, K., & Lyons-Ruth, K. (2018). Traumas multiples et attachement: L'importance du retrait maternel dans les premières années de vie. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina, & N. Godbout, (Collection) *Trauma complexe: Comprendre, évaluer et intervenir* (D'enfance; 15, pp.118-136). Presses de l'Université du Québec.
- Cicchetti, D. (2013). Annual research review: Resilient functioning in maltreated children -past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 402–422, doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02608.x
- Cicchetti, D., & Banny, A. (2014). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. Dans M. Lewis & K. D. Rudolph (Éds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (3e éd., pp. 723-741). Boston, MA: Springer.

- Cicchetti, D., Rogosh, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18(3), 623-649, doi: 10.1017/S0954579406060329
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B. A., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408, doi: 10.1002/jts.20444
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402, doi: 10.1097/00004583-200404000-00005
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2012). *Trauma-focused CBT for Children and Adolescent: Treatment Applications*. New York, NY: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 165(1), 16-21, doi:10.1001/archpediatrics.2010.247
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse and Neglect*, 36(6), 528-541, doi: 10.1016/j.chiabu.2012.03.007
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2004). Treating Childhood Traumatic Grief: A Pilot Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1225-1233, doi: 10.1097/01.chi.0000135620.15522.38
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Staron, V. R. (2006). A Pilot Study of Modified Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Traumatic Grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1465-1473, doi : 10.1097/01.chi.0000237705.4360.2c
- Collin-Vézina, D., Coleman, K., Milne, L., Sell, J. & Daigneault, I. (2011). Trauma experiences, maltreatment-related impairments, and resilience among child welfare youth in residential care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9, 577-589, doi : 10.1007/s11469-011-9323-8
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., ... van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398, doi: 10.3928/00485713-20050501-05

- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide. New York, NY: Guilford Press.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2013). Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach. New-York, NY: Guilford Press.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1), 87-108, doi: 10.1017/S0954579409990289
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazolla, J. & van der Kolk, B.A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82, 187-200, doi: 10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- Dixon, L., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57, doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00339.x
- De Arellano, A. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., ... Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and Adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(3), 1-12, doi: 10.1176/appi.ps.201300255
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13, 539-564, doi: 10.1017/s0954579401003078.
- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150-172, doi: 10.1177/1077559505275116
- English, D. J., Upadhyaya, M. P., Litrownik, A. J., Marshall, J. M., Runyan, D. K., Graham, C., & Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 29(5), 597-619, doi: 10.1016/j.chiabu.2004.12.008
- Éthier, L. S., & Milot, T. (2009). Effet de la durée, de l'âge d'exposition à la négligence parentale et de la comorbidité sur le développement socioémotionnel à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(2), 136-145, doi: 10.1016/j.neurenf.2008.12.004

- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 7-26, doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Foa, P., Ehlers, E. B., Clark, A., Tolin, D. M., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11*(3), 303-314.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry, 64*, 59-66, doi: 10.1016/j.comppsy.2015.11.006
- Ford, J. D., Chapman, J., Connor, D. F., & Cruise K. R. (2012). Complex Trauma and Aggression in Secure Juvenile Justice Settings. *Sage Journal, 39*(6), 694-724, doi: 10.1177/0093854812436957
- Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F., & Frueh, B. C. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *Journal of Adolescent Health, 46*(6), 545-552, doi : 10.1016/j.jadohealth.2009.11.212
- Ford, J. D., & Hawke, J. (2012). Trauma affect regulation psychoeducation group and milieu intervention outcomes in juvenile detention facilities. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 21*(4), 365-384, doi: 10.1080/10926771.2012.673538
- Ford, J. D., Hawke, J., & Chapman, J. C. (2010). Complex psychological trauma among juvenile justice-involved youth. *University of Connecticut*.
- Ford, J. D., Spinazzola, J., van der Kolk, B., Grasso, D. J. (2018). Toward an empirically based developmental trauma disorder diagnosis for children: Factor structure, item characteristics, reliability, and validity of the Developmental Trauma Disorder Semi-Structured Interview. *Journal of Clinical Psychiatry, 79*(5), 1-9, doi: 10.4088/JCP.17m11675
- Ford, J. D., Steinberg, K. L., Hawke, J., Levine, J., & Zhang, W. (2012). Randomized trial comparison of emotion regulation and relational psychotherapies for PTSD with girls involved in delinquency. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*(1), 27-37, doi: 10.1080/15374416.2012.632343
- Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet, 373*(9657), 68-81, doi :10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Godbout, N., Girard, M., Milot, T., Collin-Vézina, D., & Hébert, M. (2018). Répercussions liées aux traumatismes complexes. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina, & N.



- Godbout (Collection), *Trauma complexe: Comprendre, évaluer et intervenir* (D'enfance, 15, pp. 58-90). Presses de l'Université du Québec.
- Goldman-Fraser, J., Lloyd, S., Murphy, R., Crowson, M., Zolotor, A. J., Coker-Schwimmer, E., & Viswanathan, M. (2013). A comparative effectiveness review of parenting and trauma-focused interventions for children exposed to maltreatment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(5), 353-368, doi: 10.1097/DBP.0b013e31828a7dfc
- Greeson, J. K. P., Briggs, E. C., Kisiel, C. L., Layne, C. M., Ake, G. S. III., Ko, S. J., ... Fairbank, J. A. (2011). Complex trauma and mental health in children and adolescents placed in foster care: Findings from the National Child Traumatic Stress Network. *Child Welfare*, 90(6), 91-108.
- Habib, M., Labruna, V., & Newman, J. (2013). Complex histories and complex presentations: Implementation of a manually-guided group treatment for traumatized adolescents. *Journal of Family Violence*, 28, 717-728, doi: 10.1007/s10896-013-9532-y
- Hébert, M., Daignault, I. V., Fournier, A., & Tremblay-Perreault, A. (2018). Le traitement d'approche cognitive-comportementale axé sur le trauma (TF-CBT): Adaptation pour les cas de trauma complexe. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina, & N. Godbout (Collection), *Trauma complexe: Comprendre, évaluer et intervenir* (D'enfance, 15, pp. 166-189). Presses de l'Université du Québec
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18(2), 309-43, doi: 10.1017/S0954579406060172
- Hodgdon, H. B., Blaustein, M. E., Kinniburgh, K., Peterson, M. L., & Spinazzola, J. (2016). Application of the ARC model with adopted children: Supporting resiliency and family well-being. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9, 43-53, doi: 10.1007/s40653-015-0050-3
- Hodgdon, H. B., Kinniburgh, K., Gabowitz, D., Blaustein, M. E., & Spinazzola, J. (2013). Development and implementation of trauma-informed programming in youth residential treatment centers using the ARC framework. *Journal of Family Violence*, 28, 679-692, doi: 10.1007/s10896-013-9531-z
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 891-898, doi: 10.1016/j.chiabu.2013.04.001

- Hulette, A. C., Freyd, J. J., & Fisher, P. A. (2011). Dissociation in middle childhood among foster children with early maltreatment experiences. *Child Abuse & Neglect*, 35(2), 123-126, doi : 10.1016/j.chiabu.2010.10.002
- Hulette, A. C., Freyd, J. J., Pears, K. C., Kim, H. K., Fisher, P. A., & Becker-Blease, K. A. (2008). Dissociation and posttraumatic symptoms in maltreated preschool children. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1, 93-108, doi: 10.1080/19361520802083980
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2013). Les normes de production des revues systématiques: Guide méthodologique. Montréal, Qc: Gouvernement du Québec.
- International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2018). Document repéré à [https://www.ispcan.org/wp-content/uploads/2018/10/World-Perspectives-on-Child-Abuse-2018\\_13th-Edition\\_Interactive.pdf](https://www.ispcan.org/wp-content/uploads/2018/10/World-Perspectives-on-Child-Abuse-2018_13th-Edition_Interactive.pdf)
- Jaffee, S. R. (2017). Child maltreatment and risk for psychopathology in childhood and adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13(1), 525-551, doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005
- Jaffee, S. R., & Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 184-194, doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02304.x
- Jaycox, L. H., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Walker, D. W., Langley, A. K., Gegenheimer, K. L., ... Schonlau, M. (2010). Children's mental health care following hurricane katrina: A field trial of trauma-focused psychotherapies. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 223-31. <https://doi.org/10.1002/jts.20518>
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., ...& Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(3), 356-69, doi:10.1080/15374416.2013.822307
- Kagan, R., Douglas, A. N., Hornik, J., & Kratz, S. L. (2008). Real Life Heroes pilot study: Evaluation of a treatment model for children with traumatic stress. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1, 5-22, doi: 10.1080/19361520801929845
- Kagan, R., Henry, J., Richardson, M., Trinkle, J., & LaFrenier, A. (2014). Evaluation of Real Life Heroes treatment for children with complex PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 588-596, doi: 10.1037/a0035879

- Kaplow, J. B., & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(1), 176-187, doi: 10.1037/0021-843X.116.1.176
- Kearney, C. A., Wechsler, A., Kaur, H., & Lemos-Miller, A. (2010). Stress disorder in maltreated youth: A review of contemporary research and thought. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*, 46-76, doi: 10.1007/s10567-009-0061-4
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(6), 706-716, doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x
- Kisiel, C., Fehrenbach, T., Small, L., & Lyons, J. (2009). Assessment of complex trauma exposure, responses, and service needs among children and adolescents in child welfare. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 2*(3), 143-160, doi: 10.1080/19361520903120467
- Kisiel, C., Fehrenbach, T., Torgersen, E., Stolbach, B., McClelland, G., Griffin, G., & Burkman, K. (2014). Constellations of interpersonal trauma and symptoms in child welfare: implications for a developmental trauma framework. *Journal of Family Violence, 29*(1), 1-14. doi: 10.1007/s10896-013-9559-0
- Kisiel, C., Summersett-Ringgold, F., Weil, L. E. G., & McClelland, G. (2017). Understanding strengths in relation to complex trauma and mental health symptoms within child welfare. *Journal of Child and Family Studies, 26*(2), 437-451, doi: 10.1007/s10826-016-0569-4
- Kliethermes, M., Schacht, M., & Drewry, K. (2014). Complex trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 23*(2), 339-361, doi: 10.1016/j.chc.2013.12.009
- Kolko, D. J., Hurlburt, M. S., Zhang, J., Barth, R. P., Leslie, L. K., & Burns, B. J. (2010). Posttraumatic stress symptoms in children and adolescents referred for child welfare investigation: A national sample of in-home and out-of-home care. *Child Maltreatment, 15*(1), 48-63, doi: 10.1177/1077559509337892
- Landers, A. L., McLuckie, A., Cann, R., Shapiro, V., Visintini, S., MacLaurin, B., ... & Carrey, N. J. (2018). A scoping review of evidence-based interventions available to parents of maltreated children ages 0-5 involved with child welfare services. *Child Abuse & Neglect, 76*, 546-560, doi: 10.1016/j.chiabu.2017.09.012
- Lanktree, C. B., & Briere, J. (2017). Treating complex trauma in children and their families: An integrative approach. Thousand Oaks, Sage Publications.

- Lanktree, C. B., Briere, J., Godbout, N., Hodges, M., Chen, K., Trimm, L., ... & Freed, W. (2012). Treating multitraumatized, socially marginalized children: Results of a naturalistic treatment outcome study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 813-828, doi: 10.1080/10926771.2012.722588
- Leenarts, L. E. W., Diehle, J., Doreleijers, T. A. H., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. L. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 269-283, doi; 10.1007/s00787-012-0367-5
- Lieberman, A., & Van Horn, P. (2004). Don't hit my mommy: A manual for child-parent psychotherapy with young witness family violence. Washington, DC: Zero to three Press.
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434-445, doi: 10.1038/nrn2639
- Lyons, J. S., Griffin, F., Fazio, M., & Lyons, M. B. (1999). Child and Adolescent Needs and Strength: An information Integration Tool for Children and Adolescents with Mental Health Challenges (CANS-MH). Chicago, Buddin Praed Foundation.
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2001). The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. *Development and Psychopathology*, 13, 233-254, doi: 10.1017/S0954579401002036
- Manly, J. T. (2005). Advances in research definitions of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 29(5), 425-439, doi: 10.1016/j.chiabu.2005.04.001
- Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13(4), 759-782, doi: 10.1017/S0954579401004023
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Deblinger, E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy. In S. Timmer, & A. Urquiza (Eds.), *Evidence-based Approaches for the Treatment of Maltreated Children*, New York, Springer, 165-185.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A., (2012). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: Sustained impact of Treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreatment*, 17(3), 231-241, doi: 10.1177/1077559512451787

- Marrow, M. T., Knudsen, K. J., Olafson, E., & Bucher, S. E. (2012). The value of implementing TARGET within a trauma-informed juvenile justice setting. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 5, 257-270, doi: 10.1080/19361521.2012.697105
- McMullen, J., O'Callaghan, P., Shannon, C., Black, A., & Eakin, J. (2013). Group trauma-focused cognitive-behavioral therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DC Congo: A randomized controlled trial, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(11), 1231-1241, doi: 10.1111/jcpp.12094
- Milne, L. & Collin-Vezina, D. (2015). Assessment of children and youth in child protective services out-of-home care: An overview of trauma measures. *Psychology of violence*, 5(2), 122, doi: 10.1037/a0037865
- Milot, T., Collin-Vézina, D., & Godbout, N. (2018). Trauma complexe : Comprendre, évaluer et intervenir. Presses de l'Université du Québec
- Milot, T., Éthier, L. S., St-Laurent, D., & Provost, M. A. (2010). The role of trauma symptoms in the development of behavioral problems in maltreated preschoolers. *Child Abuse and Neglect*, 34(4), 225-234, doi: 10.1016/j.chiabu.2009.07.006
- Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L. S., & Provost, M. A. (2010). Trauma-related symptoms in neglected preschoolers and affective quality of mother-child communication. *Child Maltreatment*, 15(4), 293-304, doi: 10.1177/1077559510379153
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS, 2018). La cause des enfants tatouée sur le coeur: Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/ Directeurs provinciaux 2018. Document repéré à [http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss\\_lanaudiere/Documentation/Communiqués/2018/Bilan\\_DPJ/Bilan2018Vweb.pdf](http://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Documentation/Communiqués/2018/Bilan_DPJ/Bilan2018Vweb.pdf)
- Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*, 25, 53-63, doi: 10.1007/s10896-009-9269-9
- National Child Traumatic Stress Network (2003). What is complex trauma? A resource guide for youth and those who care about them. Document repéré à <https://www.nctsn.org/resources/what-complex-trauma-resource-guide-youth-and-those-who-care-about-them>
- National Child Traumatic Stress Network (2019). <<https://www.nctsn.org/treatments-and-practices/trauma-treatments>> (Consulté mai 2019).

- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *Plos Medicine*, 9(11). doi: 10.1371/journal.pmed.1001349
- O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive-behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 53(4), 359-360, doi: 10.1016/j.jaac.2013.01.013
- Organisation mondiale de la Santé (2006). Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN). Document repéré à [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/child\\_maltreatment/fr/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/fr/)
- Organisation mondiale de la Santé (2019). La maltraitance des enfants. Document repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
- Pearson, J., & Collin-Vézina, D. (2018). Les conséquences neurobiologiques de la maltraitance. Dans T. Milot, D. Collin-Vézina, & N. Godbout (Collection), *Trauma complexe: Comprendre, évaluer et intervenir* (D'enfance, 15, pp. 92-116). Presses de l'Université du Québec.
- Prince-Embury, S. (2006). Resiliency scale for children and adolescents: Profiles of personal strengths. San Antonio, TX: Harcourt Assessments.
- Pynoos, R., Rodriguez, N., Steinberg, A., Stuber, M., & Frederick, C. (1998). UCLA PTSD index for DSM-IV. Los Angeles, CA: UCLA Trauma Psychiatry Service.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). Behavior Assessment System for Children (2e Ed.). Circle Pines, American Guidance Service Publishing.
- Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2016). Complex PTSD as proposed for ICD-11: Validation of a new disorder in children and adolescents and their response to trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 2, 160-168, doi: 10.1111/jcpp.12640
- Saxe, G. N., Ellis, B. H., & Kaplow, J. B. (2007). Collaborative treatment of traumatized
- Sedlak, A.J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., and Li, S. (2010). Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report



- to congress, executive summary. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24, 37-50, doi:10.1002/car.2353
- Thornberry, T. P. & Henry, K. L. (2013). Intergenerational continuity in maltreatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(4), 555–69, doi: 10.1007/s10802-012-9697-5
- Timmer, S. G., Urquiza, A. J., Herschell, A. D., McGrath, J. M., Zebell, N. M., Porter, A. L., & Vargas, E. C. (2006). Parent-child interaction therapy: Application of an empirically supported treatment to maltreated children in foster care. *Child Welfare*, 85(6), 919–39.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., Felstiner, C., ... Holroyd, J. (2010). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008 : Données principales. Ottawa, Ontario: Agence de la santé publique du Canada. Document repéré à [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cm-vee/csca-ecve/2008/assets/pdf/cis-2008\\_report\\_fra.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cm-vee/csca-ecve/2008/assets/pdf/cis-2008_report_fra.pdf).
- U.S. Department of Health & Human Services (2017). Child Maltreatment. Document repéré à <https://www.acf.hhs.gov/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408, doi: 10.3928/00485713-20050501-06
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J., ... Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V.
- Weiner, D. A., Schneider, A., & Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31, 1199-1205, doi: 10.1016/j.childyouth.2009.08.013
- Wekerle, C., Wolfe, D. A., Dunston, J., & Alldred, T. (2014). Child maltreatment. Dans E. J. Mash & R. A. Barkley (Éds.), *Child psychopathology* (3e éd., pp. 737-798). New York, NY: Guilford Press.

- Wells, M. G., Burlingame, G. M., & Lambert, M. J. (1999). Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ). Dans M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (p. 497–534). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30 year follow-up. *American Journal of Public Health, 102*, 1135-1144, doi: 10.2105/ AJP.H.2011.300636
- Yates, T., Carlson, E., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology, 20*(2), 651-671, doi: 10.1017/S0954579408000321



**Appendice A**  
Thèmes de recherche

### **CONCEPT 1: Trauma complexe**

“trauma” OR “traumatic stress” OR “complex PTSD” OR “complex trauma” OR “developmental trauma disorder\*” OR “childhood trauma\*” OR “interpersonal trauma\*” OR “trauma-related outcome\* or symptom\* or disorder\* or psychopathology” OR “adverse childhood experience\*” OR “polyvictimization” OR “cumul trauma”

### **CONCEPT 2: Maltraitance**

“child maltreatment or abuse” OR “child welfare” OR “protective service\*” OR “foster care” OR “foster home or parent\*” OR “out-of-home care or placement” OR “child placement” OR “residential care or treatment or service\*” OR “disruption”

### **CONCEPT 3: Intervention**

“trauma informed treatment or care” OR “trauma informed practice\*” OR “outcome stud\*” OR “evidence-based treatment” OR “treatment\*” OR “intervention\*” OR “psychotherap\*”

**Appendice B**  
Fiche descriptive adaptée (NCTSN)

---

TF-CBT: Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy

---

**Description du traitement** *Durée du traitement* : 12 à 25 séances (60 à 90 minutes/séance)  
*Type de trauma* : Trauma complexe, abus sexuel, violence conjugale, deuil traumatique, terrorisme, catastrophe naturelle

**Population cible** *Âge* : 3 à 21 ans  
*Description* : TF-CBT s'adresse aux jeunes présentant des difficultés émotionnelles et comportementales significatives associées à un ou des événements traumatiques (incluant le trauma complexe).

**Composantes essentielles** *Éléments essentiels* :

- Établir une relation thérapeutique avec le jeune et le parent
- Utiliser un traitement à exposition progressive

PRACTICE:

- Psychoéducation sur le trauma chez l'enfant ainsi que sur les déclencheurs («triggers»)
- Composante parentale, y compris les compétences parentales
- Habiletés de relaxation adaptées aux jeunes et aux parents
- Compétences de modulation affective adaptées aux jeunes, à la famille et à la culture
- Adaptation cognitive : connecter les pensées, les sentiments et les comportements
- Récit narratif et traitement du trauma
- Maîtrise in vivo des déclencheurs aux traumas
- Séance conjointe parent-enfant
- Améliorer la sécurité et la trajectoire de développement
- Composantes du deuil traumatique

**Preuves scientifiques** Le TF-CBT possède la preuve scientifique la plus robuste de tous les modèles de traitement pour les enfants traumatisés. Plusieurs essais cliniques randomisés (RCT), de même que des études répliquatives, ont été conduits pour documenter l'efficacité du TF-CBT dans le but d'améliorer une multitude de difficultés observées chez ces jeunes.

**Avantages et désavantages** *Avantages*: TF-CBT est un modèle flexible qui inclut plusieurs éléments connus par la communauté thérapeutique. Il est relativement facile et rapide à apprendre et est relativement bien reçu par les familles et thérapeutes.

*Désavantages*: Certains thérapeutes n'aiment pas utiliser des approches thérapeutiques structurées ni parler directement des expériences traumatiques de l'enfant. Ces thérapeutes préféreront un modèle de traitement différent.

---

**Appendice C**  
Grille d'analyse

### Données sociodémographiques

Population	Âge ()		Sexe		Ethnie (%)				
N=	M	É.T.	M	F	Caucasien	Hispanique	Afro-Américain	Autochtone	Autres

### Exposition au trauma

Nombre de traumatismes ()		Type de maltraitance (%)				
M	É.T.	Abus sexuel	Abus physique	Maltraitance psychologique	Négligence	Violence familiale

### Condition de recherche

<input type="checkbox"/> Observation en milieu naturel	<input type="checkbox"/> Méthode quasi-expérimentale
<input type="checkbox"/> Essai clinique randomisé	<input type="checkbox"/> Autres
Description:	

### Instrument de mesure

Symptômes PTSD	<input type="checkbox"/> CAPS	<input type="checkbox"/> UCLA PTSD
Symptômes traumatiques	<input type="checkbox"/> TSCC	<input type="checkbox"/> CBCL <input type="checkbox"/> BASC
Variables complémentaires	<input type="checkbox"/> CANS	<input type="checkbox"/> PSI
Autres:		

## Résultats

### Symptômes PTSD

Sévérité	
Reviviscence (Critère B)	
Évitement (Critère C)	
Hypervigilance (Critère D)	

### Symptômes traumatiques

#### *Domaine trauma complexe*

Dissociation et évitement	
Problèmes relationnels et attachement	
Identité et concept de soi	
Somatisation et physiologie/biologie	
Problèmes cognitifs et d'apprentissage	
Régulation émotionnelle, dysphorie et alexithymie	
Compréhension du monde	
Comportements dysfonctionnels	
Mentalisation	

### Variables complémentaires:

### Limites et forces de l'étude: